

B U T L L E T Í

m è d i c

Col·legi Oficial de
Metges de Lleida

Núm 21 · Març 2000



Centenari de la creació
del Col·legi de Metges

Especialitzats en equips endoscòpics

**ORL, Ginecologia, Urologia, Traumatologia,
Aparell Digestiu, Neonatologia,
Pediatria, Cirurgia Abdominal**

- Distribuïdors en exclusiva a Catalunya de GIMMI GmbH
- Components, recanvis i reparació d'avaries d'aparells de les principals marques del mercat (Storz, Olympus, Pentax, Rudolf, Fiegert Endotech, Ausculap, Arthrex, Dyonix, Wolf...)

**ENDO
SCOPY
Units**

AL SEU SERVEI A:

Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 38
25006 Lleida
Telèfon: 973 221 020
Fax: 973 220 709
E-mail: mtb@mhe.es

Número 21, març de 2000

Edita:
Col·legi Oficial de Metges de Lleida
Rambla d'Aragó, 14, altell
25002 Lleida
Telèfon: 973 27 08 11
Fax: 973 27 11 41
e-mail: comll@comll.es
http://www.comll.es

Consell de Redacció:
Manel Camps Surroca
Ignasi Casado Zuriguuel
Miquel Casanovas Gabal
Joan Clotet Solsona
Elena Franco González
Josep M^a Greoles Solé
Albert Lorda Rosinach
Emili Ortoneda Mayoral
Àngel Pedra Camats
Eduard Peñascal Pujol
Ferran Pifarré San Agustín
Joan Prat Corominas
Joan Viñas Salas
Teresa Utges Nogués

Director: Joan Flores González
Edició a cura de: Magda Ballester. Comunicació
Disseny i Maquetació: Baldo Corderroure
Fotografia: AiS Fotografia (Sansen Laurent)
Correcció: Dolors Pont
Publicitat: COML
Fotomecànica: Euroscript, SL
Impressió: Artis/ e.g.

Dipòsit legal: L-542/1999
ISSN: 1576-074 X

Butlletí Mèdic fa constar que el contingut dels articles publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

TARIFES PUBLICITÀRIES
Preus per insercions al Butlletí Mèdic (6 números/any)

| OPCIÓ 1 | |
|-------------------------------|--------------------|
| ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO |
| 1 Contraportada externa | 120.000 PTA |
| 1 Contraportada interna | 80.000 PTA |
| 4 Pàgines interiors | 50.000 PTA |
| Preu total insercions: | 400.000 PTA |
| OPCIÓ 2 | |
| ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO |
| 6 Pàgines interiors | 50.000 PTA |
| Preu total insercions: | 300.000 PTA |
| OPCIÓ 3 | |
| ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO |
| 6 Mitges pàgines interiors | 25.000 PTAS |
| Preu total insercions | 150.000 PTA |

Els fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen l'IVA del 16%

El primer centenari

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida celebra el centenari de la seva creació, tot i que els orígens de l'organització professional es remunten a l'any 1600 sota una confraria que, d'acord amb l'època, se situava sota l'advocació dels sants Cosme i Damià. Per tant, els metges i les metgesses lleidatans venim d'una llarga tradició i experiència en l'acció de col·legiar-nos.

La col·legiació, però, ha sofert canvis i modificacions que, històricament, reflecteixen l'evolució de la societat, dels seus coneixements i dels seus hàbits. Una de les primeres causes va ser la necessitat de demanar una formació específica per exercir la medicina. Temps després, la pervivència popular de pràctiques paral·leles o pseudomèdiques va exigir l'establiment de mesures de protecció de la professió i de diferenciació entre els mètodes científics i els *amateurs*.

La societat del 2000 queda molt llunyana de la dels nostres avantpassats. La generalització de l'educació i la implantació de noves tecnologies, Internet, per exemple, converteixen la ciutadania actual en homes i dones força informats en matèria sanitària. I, a la vegada, augmenten el seu nivell d'exigència de qualitat pel que fa als serveis i a l'assistència sanitària.

Quina funció correspon al Col·legi del 2000? Proporcionar serveis i recursos moderns als col·legiats, sobretot de formació, perquè responguin adequadament als nous reptes. El Col·legi viu, a més, imbricat en una ciutat i en un país concret, als quals pot aportar informació i assessorament vàlid i positiu. Aquesta és la voluntat del Col·legi: obrir-se a l'entorn social, implicar-s'hi i contribuir a proporcionar-li els millors professionals de la salut.



sumari

Competir pel malalt?

Articles d'opinió a càrrec dels Drs. Romà Solà, Jaume Capdevila, Carmen Ciria i M. Carmen Mias.

PÀGINA 04

Quadernet central sobre el centenari

Inauguració de la remodelació del Col·legi de Metges, convocatòria del concurs COML a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari, Programa d'actes del centenari i notes sobre l'evolució del Col·legi de Metges de Lleida.

PÀGINA 14

Internet per a principiants

Dr. Josep M. Greoles

PÀGINA 26



Foto portada: AIS FOTOGRAFIA

La Primària i l'Hospitalària

Dr. Roman Solà Martí · Director mèdic de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Quan lleixo aquest títol i intento escriure quelcom em quedo totalment bloquejat davant de l'ordinador. Si bé s'entén el fons i fins i tot la possible realitat del que s'expressa, no deixo de sentir una fiblada quan pronuncio la frase "competir pel malalt". Penso que, segons el que digui, puc induir el lector a una interpretació errònia amb la meua resposta i veig la necessitat de diferenciar dos conceptes, dos plantejaments.

Tota la meua vida professional, ja més de 25 anys, està vinculada a l'assistència hospitalària. No he viscut cap altra opció com a metge. Penso que tampoc no en sabria fer cap altra. Quasi es podria dir que, com molts especialistes, estic enclaustrat tot el dia entre les parets de l'hospital. Només he conegut el malalt que entra ansiós per la porta de l'Arnau perquè l'ajudin a trobar una sortida esperançada que sigui capaç de reintegrar-lo, per complet, a la seva realitat quotidiana.

Evidentment, com a metge cirurgià he viscut un repte diari per lluitar, conjuntament amb el malalt, contra la seva malaltia. És tan absorbent la relació, és tan dependent de la malaltia, del malalt i del seu entorn que arriba a configurar-se, dins d'un mateix, un món quasi excloent, capaç d'afectar els teus sentiments i les teves conviccions, capaç de fer trontollar els més íntims pensaments envers la vida i els seus valors. En resum, vius dedicat a la teua especialitat, als teus malalts, al teu hospital.

Us explico aquest pensament perquè us sigui més fàcil entendre que aquesta integració hospitalària del personal sanitari genera un sentiment de competició, al qual vull arribar.

M'explicaré, el treball en grup, en equip, amb serveis, permet uns avenços clars en el món de la Medicina Hospitalària. Comparar diagnòstics o metodologies de treball o possibles tractaments entre els companys aporta una millor qualitat de medicina als malalts. Qualitat que sempre avança, que mai no s'atura i que requereix l'esforç d'aquells professionals amb capacitat de no defallir mai davant de l'envelliment o dels problemes organitzatius, administratius, econòmics o personals, que hi són presents i que generen desconsol.

Però al mateix temps s'ha d'entendre que pot generar, en tots els hospitals, una lluita entre professionals, i, de fet, la genera arreu del món. Lluita nascuda del desig individual de millorar, d'estar al dia dels coneixements mèdics propis de l'especialitat, d'aportar la millor qualitat docent i de recerca, el desig de saber estar al dia, el que diem una perfecta formació continuada.

Sense haver-lo conegut, penso que també puc referir el mateix sentiment des de fora de l'hospital, en el món de la primària, dels centres de salut, de la medicina lliure. Tots els professionals busquen estar al dia, cosa realment difícil en una professió que constantment evoluciona amb nova tecnologia.

Si això és així, entrem en el món de la competició o de la competitivitat entre els professionals. I, per tant, jo diria ara, tot responent a la pregunta que se'ns planteja d'entrada: sí, competim pel malalt. Competim, entre nosaltres, pel malalt, per poder-li oferir la resposta més actual, més acurada, la que creiem que ha de ser millor.

El segon plantejament, que de fet és el que es demana a la pregunta inicial, el respondré com a director mèdic de l'Hospital Arnau de Vilanova.

Hem de competir pel malalt?

La pregunta més entenedora potser seria: Hem de competir pel malalt entre les diferents ofertes sanitàries?

Volem dir, doncs, que es pot generar una competició pel malalt entre una oferta sanitària i una altra, entre una oferta hospitalària i una oferta de l'Atenció Primària?

La història ens ensenya sempre. I la història contemporània ens diu que les relacions en el món de la sanitat han estat, sí més no, tenses. Possiblement, si el nostre país hagués pogut fer una aposta més generosa per la sanitat, les diferents parts no s'hagueren hagut de barallar mai per un petit bocí de pressupost.

Ha de quedar molt clar per a tots que el mapa sanitari, el plantejament sanitari, l'oferta a l'usuari davant la malaltia, el procediment per millorar, en definitiva, la salut de la nostra població per tal d'aconseguir l'estat de benestar és, al meu criteri, totalment correcta. Les branques establertes per tal d'assegurar una ràpida i correcta oferta al pacient penso que són les adients.

És més, crec que la interrupció del procés portaria al fracàs sanitari.

No es pot entendre una Medicina d'Atenció Primària sense l'Hospitalària, o aquesta sense la primera. La xarxa sanitària és fonamental i, per tant, ha de quedar clara la necessitat mútua de totes i cadascuna de les diferents branques que hi ha.

I, en conseqüència, no hi ha d'haver competència pel malalt. Al contrari, hem d'estimular, il·lusionar i posar les eines al servei de tots els sanitaris vinculats per potenciar aquestes relacions entre els diferents models de sanitat. Avui dia no podem entrar en el capítol dels rumors, de la vella història, de l'acceptació dels fets passats.

Hem de generar idees, mètodes, modernitat i ser capaços, finalment, de compartir el malalt per oferir-li, en cada cas i moment, allò que necessita.

Avui, això, ja es fa en part. Es comparteixen criteris, tasques, espais, aparells. Hi ha un clar compromís de col·laboració entre totes les branques de la sanitat. Es fa un seguiment diari dels esdeveniments. S'apliquen mecanismes per agilitzar la urgència de l'Atenció Primària utilitzant els laboratoris centralitzats a l'Arnau de Vilanova. S'amplia l'horari d'atenció d'urgències al CAP per tal d'evitar l'aglomeració de les urgències a l'hospital. Es busquen solucions de drenatge de malalts entre els diferents hospitals per tal d'evitar retards dels ingressos hospitalaris. Es busca la màxima efectivitat dels aparells i dels equips humans. L'hospital aporta els aparells més sofisticats de radiodiagnòstic. L'Atenció Primària i altres centres hospitalaris aporten equips humans per dur a terme les seves proves complementàries, etc., etc. Lleida és pionera en l'oferta de l'hospitalització a domicili, camí obert a moltes fórmules vàlides per millorar la qualitat assistencial, que avui és una realitat molt estimada pels malalts mateixos.

Penso que el camí és llarg, però que no és gaire difícil. Avui i aquí, a Lleida, tenim uns bons professionals que lluiten i aposten per la millora, tant de l'Atenció Primària com de l'Hospitalària.

Tots volem el mateix i sóc dels que estan convençuts que no tardarem a poder oferir, entre tots, una qualitat d'assistència modèlica, competitiva i compartida.

Coordinació sí, competència no

Dr. Jaume Capdevila Mas · Coordinador d'Atenció Primària de Lleida

Com a resposta ràpida podem manifestar rotundament que no, i justificaré el motiu.

És en el mes d'octubre de 1997 quan l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova porta a terme la Jornada sobre Hospitalització a Domicili que es fa a Catalunya, la qual cosa demostra la jove implantació d'aquesta en el nostre territori.

Hi ha definicions i matisacions diverses, però per entendre l'aplicació en el nostre model sanitari hem d'anar al Decret 179/97 de 22 de juliol, que explicita allò que realment financia el sistema sanitari públic. Aquest, en l'article 2.1.a, defineix l'hospitalització com el conjunt d'activitats i procediments que es fan als pacients en règim d'internament, així com els procediments de cirurgia major ambulatoria.

Per tant, l'hospitalització a domicili requereix un internament previ. Això vol dir que es pretén disminuir l'estada mitjana en els hospitals per mitjà de les cures a domicili, així s'optimitza tota l'activitat hospitalària. D'aquesta forma es dona més rotació als llits hospitalaris i, en definitiva, l'espera fins a l'internament s'escurça.

Així podem objectivar l'increment d'activitat d'internament en el nombre de pacients donats d'alta amb

els anys amb un mateix nombre de llits. Comprovem com a l'Hospital Arnau de Vilanova, l'any 93, es van donar 13.923 altes, amb una estada mitjana de 9,03 dies, i l'any 1999 s'han portat a terme 19.300 altes, amb una estada mitjana de 6,97 dies. Això suposa una diferència de 5.377 altes entre els dos exercicis.

Observem que els llits han augmentat la seva rotació, la qual cosa permet un increment d'activitat d'un 38,6% en la línia d'internament, gràcies a la disminució de l'estada mitjana. Aquesta disminució ens ve donada, en part, pels avenços tecnològics i, també, perquè a partir del 1997-98 s'implanta l'hospitalització a Domicili i la Cirurgia Major Ambulatoria. Ara bé, si anem a buscar el grau de penetració que ha representat en el domicili, parlem de 366 pacients l'any 98 en el Programa d'Hospitalització a Domicili. Alhora, pel que fa a l'Atenció Primària de l'àmbit de Lleida, van practicar l'any 99 més de 300.000 atencions a domicili.

A qui pot satisfer aquest resultat d'optimitzar les estades hospitalàries?

En primer lloc, al client-usuari, però també al client intern de l'hospital que ens representa en l'Atenció Primària.

L'agent que demana en nom de

l'usuari una prova, un internament, una prestació hospitalària –a part del servei d'Urgències– és l'Atenció Primària. Per aquest motiu, no podem dir que competim pels pacients quan les innovacions en una línia de serveis (hospital) són també la millor adaptació pel compliment dels requeriments d'una altra línia de serveis (Atenció Primària).

Competiríem amb l'hospital pel seguiment de l'embaràs o per l'engorgament de programes de cirurgia menor en l'Atenció Primària? Com he dit abans, rotundament no. El que realment fem és adaptar-nos a les expectatives demanades pel ciutadà, que no té cap motiu per saber a quina branca pertany el professional que en un moment determinat l'atén i que no comprendria que dividíssim la malaltia en branques organitzatives purament administratives.

Tots tenim una idea de quins són els punts forts i febles de cada branca i, a partir d'aquí, sí que la coordinació de branques ha d'ajudar per establir sinergies i aliances que ajudin a superar-les per donar una atenció àgil i de qualitat als clients.

Per tant, coordinació de branques, sí, però competència entre elles no. Confondríem els clients.

Un laberinto de consultas médicas

Dra. Carmen Ciria Mallada · CAP de Ponts

La Atención Primaria es la del primer contacto, continua, extensa y coordinada que se proporciona a la población sin distinción por causa de sexo, edad o enfermedad. Por ello, la Atención Primaria está considerada el nivel central de un sistema de salud.

El papel de los profesionales de los equipos de Atención Primaria en el abordaje de los problemas de salud de la comunidad abarcan tanto los aspectos preventivos como de diagnóstico, clínico, de tratamiento y seguimiento. Y todo ello mediante la accesibilidad de la población, la atención integral e integrada, el trabajo multidisciplinar, y la continuidad asistencial, que

establecen una sólida relación entre los profesionales sanitarios y el paciente y su entorno socio-familiar. De este modo, el paciente participa en las decisiones sobre su salud.

En los últimos años, aparecen unidades que ofertan consultas desde la atención especializada/hospitalaria sobre aspectos concretos de patología clínica: planificación familiar, mama, HTA, diabetes, hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos, ..., que fragmentan los conceptos antes expuestos.

Este abanico de posibilidades de acceso a servicios especializados provoca en la Atención Primaria una serie de sensaciones e interrogantes:

- de alivio, ya que la sobrecarga

asistencial que soportamos hace difícil atender los problemas de salud con la dedicación que precisarían y que supondrían una disminución en la carga asistencial.

- de deslumbramiento, debido a la dotación tecnológica que poseen. En cambio, el acceso desde la Atención Primaria a pruebas complementarias es escaso y desigual (recordemos el estudio realizado en la provincia de Lleida por el Grupo Nelson).

- de incertidumbre, puesto que la población cada vez está más envejecida y lo habitual es la existencia de varios problemas de salud.

¿Como poder compaginar las dife-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

VE DE LA PÀGINA ANTERIOR

rentes decisions terapèutiques?
¿Como evitar en estas circunstancias la sensación de estar en medio de una partida de billar?

- de duplicación de recursos, ya que nos hablan de la racionalización del gasto y realizamos los mismos cometidos en distintos niveles, con el consiguiente encarecimiento del proceso.

- de insatisfacción, porque nos sentimos preparados profesionalmente para asumir los problemas de salud de nuestros pacientes, y, sin embargo, nos convertimos en burócratas. Seguramente encontramos muchos más.

Hay un figura central en toda esta problemática, pero ni los gestores, ni los profesionales inmersos en nuestra dialéctica la tenemos en cuenta: el paciente, enfermo o usuario que corre el riesgo de encontrarse perdido en un laberinto de consultas y profesionales.

El primer objetivo de la asistencia es el beneficio real para el paciente, de forma que quien merece su con-

fianza es el médico que mejor controle sus problemas.

Uno de los deberes más importantes del médico de familia/general consiste en poner a disposición de sus pacientes todos los recursos médicos. Entre ellos está el de la derivación a la consulta especializada, aunque esto no implica la transferencia total de responsabilidad. Si dicha transferencia de responsabilidad es total, supone una atención fragmentada y descoordinada que conduce a una mala utilización de recursos.

Asistir al paciente desde diferentes niveles puede generar conflictos de delimitación y de competencias. Sería necesario exigir planteamientos prácticos y globales de esa asistencia, con una buena correlación entre niveles asistenciales y con criterios claros de derivación entre Atención Primaria y Especializada.

Todos somos necesarios e imprescindibles para atender al paciente, pero la Atención Primaria debe ser el nivel de atención asistencial desde el cual se valore la

necesidad de consulta y de derivación del paciente.

Para poder llevarlo a cabo será preciso

- Mejorar la calidad asistencial en la Atención Primaria. Debemos ser exigentes con nuestra formación y con nuestro trabajo y, al mismo tiempo, exigir el acceso a pruebas complementarias, revisión de cupos, y mejoras que nos permitan realizar la práctica médica que todos deseamos.

- Tender puentes reales y efectivos con la Atención Especializada para buscar la generosa y sincera colaboración entre todos, de llevar a la práctica el desarrollo de protocolos adaptados a las realidades de cada área y de evitar la competencia que, desde intereses políticos o gestores, quieran imponernos.

- Participar con nuestros gerentes en la elaboración de una red asistencial beneficiosa para todos, pero sobretodo para la población que nos confía su salud, a partir del estudio de las necesidades de cada área y de la colaboración entre la Primaria y la Especializada.

que fins aleshores restaven a l'hospital pendants d'un ingrés a la USS, o malalts als quals cal practicar cures senzilles que poden realitzar-se a través de la Primària, o malalts que necessiten medicació hospitalària per via endovenosa, entre d'altres. Els malalts reingressen a l'hospital en cas d'empeïjorament.

L'experiència ha estat satisfactòria tant per al malalt, com queda reflectit en les enquestes de qualitat repartides entre els malalts, com entre els professionals de l'hospital i de l'Atenció Primària, que han dut a terme xerrades i reunions conjuntes per perfilar les actuacions en comú i per transmetre's informació diària dels malalts que ingressen en el programa d'Hospitalització a Domicili. El programa culmina amb l'ampliació a malalts mèdics controlats per la unitat des del novembre de 1999, com a programa complementari dins el Pla d'Urgències de l'hivern del 2000.

Després de tot el que he exposat queda clar que no es tracta de "competir pel malalt", sinó de treballar conjuntament pel malalt per oferir-li tots els recursos que tenim al nostre abast: hospital, primària, hospitalització domiciliària. Es tracta, per tant, d'oferir-li tot allò que necessita per aconseguir la millor qualitat assistencial en l'atenció de la seva malaltia: mèdica o quirúrgica. Hem de parlar, com ja deia en un començament, d'atenció integral al malalt.

Donar atenció integral

Dra. M. Carmen Mias · Cap UHD de l'Hospital Arnau de Vilanova

L'atenció integral del malalt ha de ser l'objectiu fonamental de qualsevol metge, treballi a l'Atenció Primària o a l'Atenció Especialitzada, coneguda també com assistència hospitalària, i és a partir d'aquesta visió conjunta que el malalt rebrà la millor qualitat assistencial. L'Assistència Primària i l'hospital han estat des de sempre una mica allunyats i, per tant, considero que el que s'ha de fer es buscar fórmules d'aproximació entre tots dos, buscant sempre l'atenció de més qualitat per al malalt. Des d'aquest punt de vista puc dir, com a responsable de la Unitat d'Hospitalització a Domicili (UHD) de l'Hospital Arnau de Vilanova, que les unitats d'aquest tipus tenen un repte important per aconseguir aquest objectiu d'aproximació entre Primària i hospital.

L'hospitalització a domicili és una alternativa a l'hospitalització convencional, en què es dispensa al malalt un conjunt d'atencions mèdiques i paramèdiques de categoria hospitalària tant en quantitat com en qualitat en el seu domicili, quan ja no precisa la infraestructura hospitalària, però quan encara necessita vigilància activa i assistència complexa.

Aquest tipus d'assistència la dona un personal que depèn de l'hospital en un entorn (domicili) que per al pacient suposa una ajuda terapèutica, psicològica i social en el procés de recuperació i/o estabilització de la malaltia, fins al moment en què supera la fase aguda i el control el pot seguir en el centre d'Atenció Primària, i anirà a càrrec del seu metge de capçalera. Es tractarà, doncs, d'una continuació en l'atenció del malalt: hospital, hospitalització a domicili, Atenció Primària i fins i tot a l'inrevés: Atenció Primària, hospitalització a domicili, que evitarà, si és possible, l'ingrés hospitalari, especialment en el malalt crònic.

La nostra UHD va començar a funcionar l'octubre de 1986 amb l'objectiu de reduir estades hospitalàries als malalts quirúrgics que, mitjançant la potenciació d'altres precoces d'intervencions electives i d'urgències de manera protocolitzada, poden ser atesos a casa seva pels professionals sanitaris. Així mateix, es deriven al domicili malalts pendants de proves complementàries, que precisen monitoratge de constants i controls analítics, pacients als quals s'ha de fer cures perllongades i complexes i

Mort cel·lular i estratègies de neuroprotecció en les motoneurons espinals

Text: Dr. Josep Esquerda

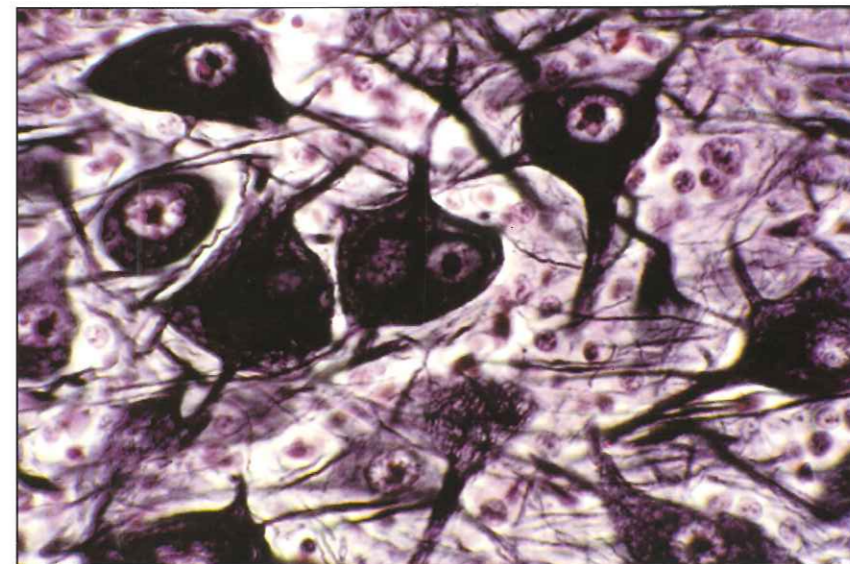
més o menys selectivament, les motoneurons espinals i l'avaluació de substàncies actives en la seva prevenció. Es tracta d'una recerca fonamental en l'àmbit cel·lular i molecular, però que aporta una informació essencial per avançar en la lluita contra la malaltia de la motoneurona (esclerosi lateral amiotròfica o ELA) i altres formes de dany en les neurones medul·lars.

Malgrat que les causes i els mecanismes específics implicats en la patogènia de l'ELA són encara desconeguts, la recerca realitzada en els darrers 15 anys ha aportat dades molt rellevants que fan albirar un horitzó ja no tan llunyà d'esperança en la troballa d'un tractament vàlid per a aquesta dramàtica malaltia. Entre els avenços més destacables figura la demostració, cada vegada més patent, que la degeneració i la mort de les motoneurons en l'ELA es deu a l'existència de fenòmens d'excitotoxicitat desencadenats per una acció exagerada del neurotransmissor glutamat. Aquesta idea pren com a punt de partida els estudis pioners de Jeffrey Rothstein en el Departament de Neurologia de la Johns Hopkins University a Baltimore, en què, per mitjà de l'ús de *sinaptosomes* extrets de cervell i medul·la espinal *postmortem* de pacients que havien mort d'ELA, van poder demostrar una deficiència específica en el

transport del glutamat en aquests malalts. Posteriorment, s'ha vist que aquest defecte es deu a una alteració en les proteïnes transportadores del glutamat que es troben en les membranes de les cèl·lules neuronals i gliers. La manca de transport del glutamat cap a l'interior de les cèl·lules afavoreix la seva presència en l'espai extracel·lular, que provoca una sobreestimulació dels receptors del glutamat presents a les motoneurons i la seva mort per un mecanisme excitotòxic.

Un altre avenç important en el coneixement de la patogènia de l'ELA consisteix en el descobriment de mutacions puntuals en el gen de la Zn/Cu superòxid *dismutasa* (SOD1) associades a les formes familiars d'ELA, que suggereixen l'existència d'una relació entre els fenòmens d'estrès oxidatiu i la degeneració de les motoneurons. Aquesta idea no es contraposa a la hipòtesi excitotòxica, que seria vàlida en el cas de la forma esporàdica de la malaltia. A més, s'ha de tenir en compte que l'estrès oxidatiu induït per una entrada massiva de calci en la neurona és un element clau en el desencadenament de la mort neuronal per excitotoxicitat dependent del glutamat. D'altra banda, les neurones deficientes de SOD podrien ésser més vulnerables a l'acció del glutamat pel fet de tenir dis-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



minuïda la seva defensa antioxidant ja sigui pel propi defecte enzimàtic o per l'adquisició d'una nova propietat tòxica per part de l'enzim mutat.

Molt recentment, el grup de Rothstein ha fet una altra contribució molt important amb relació a la patogènia de l'ELA en la seva forma no familiar (esporàdica): ha demostrat l'existència d'un processament aberrant del RNA missatger (mRNA) específicament present en les àrees de teixit nerviós afectades per la malaltia. Les proteïnes procedents de la traducció d'aquests mRNAs aberrants tindrien un efecte dominant negatiu sobre els transportadors del glutamat EAAT2, la qual cosa provocaria la pèrdua de la seva activitat fisiològica.

Si l'excés en la neurotransmissió *glutamatergica* causa o contribueix de forma decisiva a la degeneració de les motoneurons en l'ELA, la modulació negativa d'aquesta acció o de les seves conseqüències hauria d'afavorir la supervivència de les motoneurons i, per tant, atenuar el decurs clínic de la malaltia. En aquest sentit, els assaigs clínics amb *riluzol* (un fàrmac que bloqueja els canals de sodi dependents de voltatge i inhibeix l'alliberació del glutamat) han mostrat un efecte positiu ja que han prolongat la vida de malalts d'ELA d'inici bulbar.

A partir d'aquestes dades, es mostra especialment atractiva la hipòtesi excitotòxica com a punt de partida per desxifrar d'una manera més definitiva l'etiologia i patogènia de l'ELA. Aquesta hipòtesi, a més d'estar fonamentada en dades procedents d'investigacions en material patològic humà, és una hipòtesi operativa en el sentit que ofereix camins molt clars per a la recerca i el desenvolupament de noves estratègies terapèutiques. Malgrat tot, però, aquesta hipòtesi té encara importants incerteses ja que no està

demonstrat si les alteracions descrites són la causa o la conseqüència de la malaltia. Tampoc no estan ben definits els processos cel·lulars que condueixen a la irreversibilitat de la mort neuronal excitotòxica, tot i que hom sap que l'homeòstasi del Ca^{2+} intracel·lular, les disfuncions de l'activitat mitocondrial i l'activació en cascada de determinats sistemes enzimàtics i segons missatgers són determinants.

La nostra tasca d'investigació pretén aportar nous coneixements sobre els mecanismes que condueixen a la mort excitotòxica en les motoneurons espinals i la seva modulació amb agents farmacològics. En el nostre laboratori, hem desenvolupat una metodologia pròpia per a l'estudi experimental de les respostes citopatològiques de les motoneurons espinals a una sobreestimulació dels receptors del glutamat. Els experiments es realitzen en embrions de pollastre o en rates de diverses edats ja sigui *in vivo* o en la medulla espinal aïllada i perfundida en una cambra oxigenada. En aquest sistema hem caracteritzat les respostes als diferents tipus de receptors del glutamat com són els AMPA, kainat i NMDA, i la seva rellevància en el desencadenament d'excitotoxicitat. A través de la utilització de sondes i anticossos específics s'estudia la regulació de l'expressió d'aquests receptors en les motoneurons i la seva localització subcel·lular.

Els nostres resultats indiquen que tant el tipus de resposta com la vulnerabilitat de les motoneurons a estímuls excitotòxics tenen característiques pròpies amb relació a altres tipus neuronals. Per exemple, la mort de les motoneurons induïda per excitotoxines agonistes de receptors del glutamat té característiques pròpies que són diferents de l'*apoptosi*. També hem descobert que el tractament crònic amb NMDA durant les etapes inicials del desenvolupament embrionari

fa que les motoneurons siguin insensibles a una posterior exposició a estímuls excitotòxics. Hem vist que aquesta tolerància està associada a una disminució en l'expressió de la subunitat NR1 del receptor NMDA i a una disminució de l'activitat dels receptors AMPA/kainat permeables a calci. A més, hem demostrat que, en aquestes condicions, l'estimulació farmacològica dels receptors NMDA produeix uns efectes paradoxalment neurotròfics, que eviten, fins i tot, la mort cel·lular programada que en forma d'*apoptosi* es dona normalment durant el desenvolupament.

Donat que els agents glutamatèrgics són considerats agents terapèutics potencialment útils per neutralitzar l'excitotoxicitat vinculada a l'ELA, és necessari conèixer amb més detall els efectes a llarg termini dels agonistes i antagonistes del glutamat sobre la biologia de les motoneurons. En el decurs de les nostres observacions amb relació l'agressió excitotòxica a les motoneurons hem detectat alteracions molt importants en la compartimentació i trànsit intracel·lular del sistema d'endomembranes que podria alterar significativament el processament i la secreció de determinades proteïnes de membrana i la ruta secretora. No sabem encara quina és la significació d'aquestes alteracions ni si poden afectar la viabilitat a llarg termini de la neurona, la qual cosa investiguem actualment.

Per tal de dur a terme aquesta feina, el nostre grup d'investigació rep ajuts del Ministeri d'Educació, a través del seu Programa Nacional de Salut; de la Paeria, a través del seu programa de suport a la recerca de la Universitat de Lleida; de la Fundació Marató de TV3, i, finalment, de la Fundació "La Caixa". Gràcies al suport d'aquestes institucions podem fer front a les despeses de la nostra recerca.

Publicacions més recents del grup

Tarabal, O.; Calderó, J.; Ribera, J.; Sorribas, A.; López, R.; Molgó, J.; Esquerda, J.E. "Regulation of calcitonin gene-related peptide (CGRP) during axonal growth and neuromuscular synaptic plasticity". *European Journal of Neuroscience* 8 (1996): 829-836.

Casanovas, A.; Ribera, J.; Hukkanen, M.; Riveros-Moreno, V.; Esquerda, J.E. "Prevention by lamotrigine, MK-801 and N-omega-nitro-L-arginine methyl ester of motoneuron cell death after neonatal axotomy". *Neuroscience* 71 (1996): 313-325.

Ciutat, D.; Calderó, J.; Oppenheim, R.W.; Esquerda, J.E. "Schwann cell apoptosis during normal development and after axonal degeneration induced by neurotoxins in the chick embryo". *Journal of Neuroscience* 16 (1996): 3979-3990.

Calderó, J.; Ciutat, D.; Lladó, J.; Castán, E.;

Oppenheim, R.W.; Esquerda, J.E. "Effects of excitatory amino acids on neuromuscular development in the chick embryo". *Journal of Comparative Neurology* 387 (1997):73-95.

Calderó, J.; Prevette, D.; Mei, X.; Oakley, R.A.; Milligan, C.; Huenou, L.; Burek.; Oppenheim, R.W. "Peripheral target regulation of the development of motoneurons in the chick embryo". *Journal of Neuroscience* 18 (1998): 356-370.

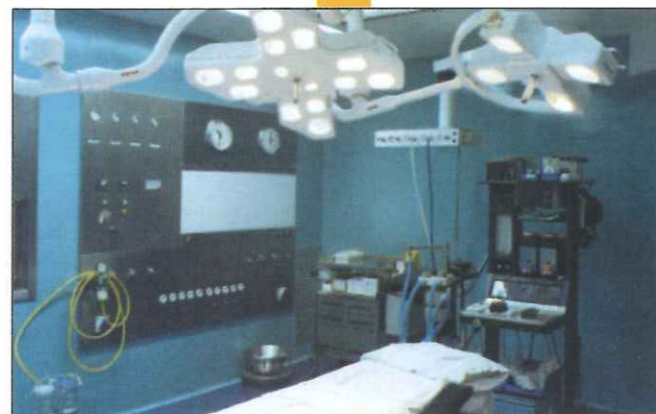
Ribera, J.; Marsal, J.; Casanovas, A.; Hukkanen, O.; Tarabal, J.; Esquerda, J.E. "Nitric oxide synthase in rat neuromuscular junctions and in nerve terminals of Torpedo electric organ: its role as regulator of acetylcholine release". *Journal of Neuroscience Research* 51 (1998): 90-102.

Ayala, V.; Casas, C.; Ribera, J.; Calderó, J.; Oppenheim, R.W.; Esquerda, J.E. "Specific

association of c-Jun-like immunoreactivity but not c-Jun p39 with normal and induced programmed cell death in the chick embryo". *Journal of Neurobiology* 38 (1999): 171-190.

Lladó, J.; Calderó, J.; Ribera, J.; Tarabal, O.; Oppenheim, R.W.; Esquerda, J.E. "Opposing effects of excitatory amino acids on chick embryo spinal cord motoneurons: excitotoxic degeneration or prevention of programmed cell death". *Journal of Neuroscience* 19 (1999): 10803-10812.

Oppenheim, R.W.; Calderó, J.; Esquerda, J.E.; Gould, T. "Target independent regulation of programmed cell death in developing nervous system." A: Kalverboer, L.; Gramsbergen, A. (ed), *Brain and behaviour in human development*. Kluwer Academic Publishers, Groningen, 2000 (en premsa).



- ANÀLISIS CLÍNQUES
- ANATOMIA PATOLÒGICA
- APARELL DIGESTIU
- CARDIOLOGIA I APARELL CIRCULATORI
 - ✓ Eco-Doppler
 - ✓ Holter
- CIRURGIA GENERAL I DIGESTIVA
- CIRURGIA PLÀSTICA I REPARADORA
- CIRURGIA VASCULAR
 - ✓ Doppler computeritzat
 - ✓ Eco-Doppler vascular
 - ✓ Reconeixements cardio-vasculars
 - ✓ Unitat trombo-embòlica
- ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ
- ENDOSCÓPIA DIGESTIVA
- GINECOLOGIA I OBSTETRICIA
- GENÈTICA PRE-NATAL
- PARTS
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
 - ✓ Gammagrafia
- OFTALMOLOGIA
- ONCOLOGIA MÈDICA
- OTO-RINO-LARINGOLOGIA
- PEDIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- RADIODIAGNÒSTIC
 - ✓ Radiografia
 - ✓ Ecografia
 - ✓ Mamografia
 - ✓ Ecocardiograma
 - ✓ Doppler
- * TRAUMATOLOGIA I ORTOPÈDIA
- * UROLOGIA

NOVA ÀREA QUIRÚRGICA

- QUIRÒFANS
- SALA DE PARTS
- SALA D'ANESTÈSIA I REANIMACIÓ

EQUIPATS AMB FLUX LAMINAR I TECNOLOGIA D'ÚLTIMA GENERACIÓ

HABITACIONS INDIVIDUALS

- LLIT AUTOMATITZAT
- GASOS MEDICINALS
- LLIT PER A L'ACOMPANYANT
- TELÈFON
- TV
- BANY COMPLET
- CLIMATITZACIÓ INDEPENDENT

C/ BISBE TORRES, 13 TEL. 973 26 63 00
a Lleida des de 1917

La pobreza tiene nombre de mujer

Dr. Juan Manuel Muñoz · Colaborador de *Medicus Mundi Catalunya*

A las puertas del siglo XXI, la revolución que hizo explotar los ancestrales roles del género no ha terminado. Si contemplamos la historia de la humanidad en los últimos decenios, y nos fijamos especialmente cómo ha cambiado la situación de la mujer en nuestro mundo occidental, podemos ser optimistas.

La mujer participa cada vez más activamente en el mundo laboral, luchando y preparándose para asumir todas las responsabilidades. Sin embargo es evidente que queda mucho camino por recorrer en nuestro mundo y, desde luego, no es un camino de rosas. Pero la mujer y el hombre del próximo milenio van asumiendo ya las nuevas pautas de relación que están emergiendo.

El panorama hasta aquí descrito sólo puede aplicarse a lo que denominamos Primer Mundo. En el Sur, la situación de la mujer es, lamentablemente, muy distinta. Una mujer africana vive, como promedio, 20 años menos que otra del llamado mundo desarrollado. Mueren más niñas que niños, ya que desde su nacimiento

existe una discriminación social y alimentaria. La infancia es breve; también lo es la adolescencia. Las niñas-mujer se casan jóvenes, su maternidad es precoz, y el número de fallecimientos por parto suele ser alto. El milagro de la vida las lleva a una pesadilla de muerte.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el año 2000 habrá 14 millones de mujeres seropositivas y otras 4 millones habrán fallecido a causa del SIDA. Por otro lado, la mutilación genital en sus más diversas formas afecta a más de cien millones de mujeres. Se calcula que cada año son sometidas a esta intervención más de dos millones de niñas.

Cuestiones a parte merecen la prostitución, la violencia conyugal, los infanticidios, las violaciones... Las mujeres, como vemos en el éxodo de desplazados y desplazadas, son las principales víctimas en los conflictos armados. El 80% de los 25 millones de personas refugiadas en todo el mundo son mujeres y niños.

Ellas cargan sobre sus hombros el 60% del trabajo remunerado y no

remunerado. Por si todo esto no fuera suficiente, una última cifra: de los 1.300 millones de seres humanos que viven en la más absoluta pobreza, el 70% son mujeres. Sí, la pobreza tiene rostro de mujer.

El panorama, como puede verse, no es precisamente alentador. Ante todo esto sólo cabe una solución: ponerse a trabajar apoyando los movimientos de mujeres del Sur. Elaborar propuestas alternativas, laborales, educacionales, sanitarias, financieras. Apoyar el comercio justo, los microcréditos hacia las mujeres, las mejoras en la asistencia materno-infantil y educativa.

Deberíamos fijarnos como meta el empoderamiento y la autonomía de la mujer del Tercer Mundo. Esto, que puede parecer una utopía, empieza a ser una realidad en algunas zonas gracias al trabajo llevado a cabo por las comunidades locales con el apoyo de las Organizaciones No Gubernamentales.

No desfallezcamos. Pongamos todos y todas nuestro grano de arena porque necesitamos aprender de las mujeres del Sur. Evitemos que sean las principales víctimas del próximo milenio. Porque si pierden ellas, perdemos todos.

Donaciones de órganos

Dra. Elena Franco · *Comissió de Trasplantaments de l'Hospital Arnau de Vilanova*

Con el desarrollo de la Cirugía vascular, a finales del siglo pasado, que permitió la anastomosis permeable de los vasos sanguíneos, se abrieron las puertas a los trasplantes de órganos.

A partir de entonces se realizaron numerosas tentativas de implante de diversos órganos, primeramente en animales y posteriormente en el hombre.

El primer trasplante con éxito se consiguió en EEUU, en 1954, al implantarse un riñón procedente de un donante vivo, un hermano gemelo homocigótico.

Años después, se inicia la técnica en España y se realiza el primer trasplante de riñón procedente de cadáver en parada, también con éxito, en el Hospital Clínic de Barcelona.

España publica en el 79 por primera vez una ley de trasplantes. La ley recoge varios puntos importantes: la voluntad de promocionar y proteger la donación de órganos, la consideración de muerte encefálica como sinónimo de muerte sin esperar a la asistolia, el consentimiento presunto para la donación y la gratuidad del trasplante.

La ley incluye, además, normas para regular la distribución de los órganos extraídos, y se establece las condiciones de los centros hospitalarios para ser autorizados a la extracción y/o trasplante de órganos.

Desde entonces se ha producido un aumento espectacular de la actividad transplantadora y, en la actualidad, Catalunya ocupa uno de los primeros puestos en donaciones, 36 donantes por 1 millón de población en el 99, a pesar de lo cual los tiempos de espera para lograr un trasplante de riñón pueden llegar hasta los dos años.

Y es que hoy día el trasplante de órganos es una indicación terapéutica en pacientes con patologías en estados terminales irreversibles de las funciones de los riñones, hígado, corazón, pulmones y páncreas.

Su generalización se apoya en dos pilares: conseguir órganos, y evitar las situaciones de rechazo planteadas después del implante.

Los órganos pueden extraerse de donantes vivos, y de cadáveres con corazón parado, pero la mayoría proceden de cadáveres con corazón latente, a los cuales se les mantiene hemodinámica y ventilatoriamente de forma artificial.

En la extracción de órganos, y especialmente los procedentes de este último grupo de donantes, se plantean numerosos problemas de tipo legal, ético y psicosocial, que como médicos debemos conocer.

Se trata de propiciar la donación de

órganos y, a la vez, garantizar los derechos y la seguridad del posible donante.

Se parte de la base de que ante un enfermo crítico el objetivo fundamental de los profesionales de la medicina es su restablecimiento prestándole toda la atención necesaria para evitarle la muerte y secuelas posteriores. En segundo lugar, no se procederá a la extracción de ningún órgano vital a una persona que no esté muerta.

El diagnóstico de muerte es el requisito indispensable y fundamental en el proceso de extracción y trasplante.

Existe un consenso a nivel internacional para definir la muerte: se considera muerta a toda persona que presenta cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, o cese irreversible de las funciones del cerebro completo, incluyendo las del tronco del encéfalo.

La muerte encefálica es un estado caracterizado, desde el punto de vista anatómico, por una destrucción extensa del conjunto de estructuras cerebrales y, desde el punto de vista evolutivo, por su irreversibilidad.

El cese definitivo de la función cerebral implica un origen lesional y no tóxico ni metabólico. Por ello, para confirmar el estado de muerte cerebral es necesario conocer siempre la causa que produjo la muerte encefálica.

Las causas más frecuentes de muerte encefálica son hemorragia intracraneal espontánea, que puede ser intracraneal o subaracnoidea, traumatismos craneoencefálicos, anoxia encefálica (paro cardiorrespiratorio) y tumores primarios del sistema nervioso central.

Hasta hace unos años la primera causa de muerte en donantes era el traumatismo craneoencefálico, mientras que en la actualidad es la hemorragia intracraneal espontánea. Ello es debido a varios factores, y entre ellos, a la ampliación de los criterios de donantes especialmente el del límite de edad, y la aceptación de determinadas patologías agudas y crónicas como diabetes mellitus, hipertensión, etc.

La certificación de la muerte

La muerte encefálica es una condición necesaria para la extracción, pero su comprobación puede certificarse de formas ligeramente diferentes, según los países.

En la legislación actual española la comprobación de la muerte se basa en la constatación y concurrencia durante treinta minutos, al menos, y la persistencia durante seis horas, después del comienzo del coma, de los siguientes signos: ausencia de respiración espon-

tánea; ausencia de reflejos cefálicos, con hipotonía muscular y midriasis; electroencefalograma plano demostrativo de inactividad cerebral.

Estos signos no serán suficientes en situación de hipotermia inducida artificialmente o de administración de drogas depresoras del sistema nervioso central.

En estos casos pueden utilizarse otras técnicas, que evidencien la ausencia de flujo sanguíneo encefálico, signo concluyente indicativo de muerte encefálica.

El certificado de defunción ha de ser suscrito por tres médicos, entre los que debe de figurar un neurólogo o neurocirujano, el jefe de servicio de la unidad médica o su sustituto.

En cualquier caso, ninguno de los médicos firmantes pertenecerá al equipo extractor.

Un proyecto de ley en elaboración introduce cambios sobre la certificación de la muerte con el fin de facilitar la extracción, disminuyendo el tiempo de mantenimiento del donante y reducir así el riesgo de parada cardiorrespiratoria.

Respecto al tema del consentimiento para donar órganos, cualquier ciudadano fallecido puede ser donante de órganos siempre que no haya expresado de forma explícita su oposición a serlo, según la legislación española.

Sin embargo, en la realidad se pide sistemáticamente el consentimiento expreso y firmado a los familiares allegados. En el documento se especifica que el posible donante no tenía ninguna objeción a la donación. Se trata, sobre todo, de respetar la voluntad del donante.

La petición de órganos se realiza siempre cuando se ha comprobado la muerte encefálica por exploración clínica y electroencefalográfica, cuando el paciente no presenta ningún criterio de exclusión absoluta y una vez se ha comunicado la muerte a los familiares.

En la práctica, la no definición en vida del donante implica que sea la familia la que decida. Aproximadamente se obtienen entre un 10 y 30% de negativas a la extracción de posible donantes.

La postura de la familia ante la petición de órganos suele estar en relación con el nivel cultural y con el grado de satisfacción del trato recibido tanto el enfermo como ellos en el hospital, aunque influyen también otros factores de tipo psicológico, como sentimientos de culpabilidad, asunción de la muerte del familiar.

Anonimato de donante y receptor

Se ha de mantener el anonimato del donante ante los receptores y sus fami-

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT



un donatiu



un soci

Un donatiu, sovint, no és més que un pedaç. Si de veritat vols col·laborar amb els més necessitats, fes-te soci/a de *medicus mundi*. Amb la teva aportació es faran realitat molts programes sanitaris. Retalla aquest cupó, omple'l amb les teves dades i envia'l a l'adreça de *medicus mundi*.

Fes-te soci. Faràs bé



medicus mundi
catalunya

C/Elisa 14 baixos 08023 - BARCELONA
Tel.: 93 418 47 62
La Caixa 2100 1010 51 020005471

Nom.....
Cognoms.....
D.N.I.....
Teléfono.....
Adreça.....
Població..... C.P.....
Entitat Bancària [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Desitjo col·laborar com a soci/a de *medicus mundi* amb la quota de:

25.000 mensual
10.000 trimestral
5.000 semestral
..... anual

FIRMA: _____

lias. Asimismo siempre se mantendrá el secreto de la identidad del receptor ante la familia del donante y ante personas ajenas al trasplante, ya que la ley lo garantiza expresamente.

Sin embargo, si los familiares del donante lo requieren, se les puede decir cuales han sido los órganos transplantados y dar alguna información genérica no identificativa del receptor o receptores, ya que les suele servir de consuelo y ayuda para compensar la pérdida del ser querido.

El precio de los órganos

Los órganos son absolutamente gratuitos, de forma que el donante o sus familiares no pueden recibir ni reciben ningún tipo de compensación por la donación.

Tampoco el receptor deberá pagar por el órgano transplantado. En este sentido, la ley es absolutamente clara con el fin de evitar un hipotético mercado de órganos.

La petición de órganos viene avalada por los principios de solidaridad y reciprocidad.

Existe una estructura sanitaria que, a través de la Coordinadora de Transplantaments de Catalunya i la Organización Nacional de Transplantes, controla la distribución de los órganos extraídos a los receptores más idóneos en base a unos criterios, que son fundamentalmente el de proximidad y el de urgencia médica.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los donantes son multiorgánicos, de modo que de cada donante se extraen frecuentemente hasta cuatro o cinco órganos.

En definitiva los trasplantes de órganos son un bien social, que está hoy bien avalado científicamente y legalmente. Pero para llevarlo a término es necesaria la colaboración de los ciudadanos.

Cualquier persona puede ser donante, siempre que cumpla unas condiciones clínicas adecuadas, y cualquier individuo puede ser beneficiario del trasplante independientemente de su raza, sexo o nivel económico y socio-cultural.

Pero la participación de los ciudadanos hace necesaria una adecuada información para dar a conocer la importancia de los trasplantes y, por tanto de las donaciones, y tratar de difuminar recelos y perspicacias ligados generalmente a la incultura y al desconocimiento del tema.

Nota: posteriormente a la elaboración de este artículo, se aprobó la nueva Ley de Trasplantes, que publicó el BOE del día 4 de enero último.

Relacions metge/infermer en l'assistència primària

Les relacions metge/infermer, tots ho sabem, no són, ni molt menys, tan cordials com es volen simular, ni tenen solucions tan simplistes com les que llegim moltes vegades als mitjans de comunicació, perquè no es té el coratge suficient d'expressar clarament i plana quin és el veritable fons de la qüestió. No som sincers i per por al què diran o a la crítica no es diu tota la veritat d'una realitat de sobres coneguda. Hem de ser valents si volem trobar una solució que redefineixi com han de ser les nostres relacions, exigir, per llei si és necessari, quines són les competències i funcions de cadascun, i establir unes bases i uns compromisos d'obligat compliment.

Es discuteix hores i més hores sobre el mateix tema per intentar dissenyar una xarxa assistencial i administrativa cada vegada més complexa, lògicament amb més personal i més despeses, en la qual cada col·lectiu, aprofitant la desunió que als metges ens caracteritza, defensa els seus propis interessos i guanya terreny, assumint funcions que nosaltres impassibles i resignats acceptem perdre sense cap mena de protesta. De seguir en aquesta línia de submissió, hi ha qui vaticina que el metge, en un futur no molt llunyà, perdrà definitivament el que de social té la nostra professió i es quedarà només en l'única del diagnòstic i tractament. Hem de reflexionar seriosament i serena si això és el que el metge vol.

La reforma de l'Atenció Primària de 1986, en la qual vaig tenir ocasió d'intervenir personalment com a president del nostre Col·legi i del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, va reglamentar l'estructura dels equips assistencials dels Centres d'Assistència Primària i va assenyalar funcions, però es va oblidar d'una cosa força important: explicar la veritable essència funcional del col·lectiu de professionals que formen els equips d'atenció primària. Siguem sincers i diguem-ho sense embuts: no s'ha assumit l'esperit i la filosofia de treball en equip. En els equips hi ha d'haver una jerarquia d'obligada acceptació per cadascun dels membres, amb totes les conseqüències i obligacions que la seva integració voluntària representa. Parlem molt d'equips, però ho fem sempre d'una manera simplista, literal, numèrica, i oblidem el més important, com ara les obligacions, la interdependència i la coresponsabilitat jerarquitzada de tot el personal de l'equip amb la voluntat sincera de complementar-se.

No hi ha cap dubte que la infermeria camina cap a una àmplia autonomia amb funcions cada vegada més nombroses, ben específiques, amb taula i despatx propi, que en el futur no estarà necessàriament intercomunicat amb el del metge.

L'actual objectiu d'infermeria és aconseguir múltiples subespecialitats: urgències, pediatria, geriatria, cirurgia, etc., i està clar que no vol cap dependència jeràrquica del metge, vol sortir del despatx i entrar-hi sense passar pel del metge de capçalera, vol fer diagnòstics d'infermeria, receptar i donar les pautes d'una medicació. En poques paraules, vol desenvolupar la seva pròpia tasca sanitària de manera totalment autònoma i, en aquest context, mai, mai, no pot ni podran funcionar harmoniosament els equips d'atenció primària; aquí està el quid de la qüestió!

Sens dubte, una vegada resolta la demanda presentada al Tribunal de Justícia de la CEE per incompliment d'Espanya de la directiva 77/453 (4.600 hores a temps complet), infermeria lluitarà per aconseguir l'objectiu d'una llicenciatura. Sigui quina sigui la solució jurídica final, infermeria hauria de ser des d'ara prou valenta i altruista per renunciar a certes atribucions més pròpies d'un auxiliar sanitari que d'un diplomad. Es resisteix a renunciar o a delegar funcions i és inconcebible que després d'estudiar tres anys en la facultat, un professional d'infermeria accepti estar en un despatx del metge i fer activitats tan simples com obrir la porta als pacients, fer de secretari, prendre la pressió, omplir receptes, etc., quan un auxiliar sanitari oficialment qualificat pot fer-ho perfectament i eficaçment. Per cert, aquest col·lectiu en l'actualitat es promociona a causa de la demanda d'aquestes activitats.

Infermeria ha de renunciar elegantment a aquestes competències amb totes les conseqüències laborals i polítiques que això representa per al seu col·lectiu i, si vol continuar d'una manera totalment autònoma, haurà de tancar del tot la porta d'intercomunicació entre els dos despatxos i tant si arriba o no la llicenciatura, demanar, si escau, un auxiliar pel correcte compliment de les seves funcions.

De continuar per aquesta direcció, el futur dels equips d'atenció primària no és gens prometedor per al metge, i l'Administració haurà de reflexionar sobre el tema, debatre'l en profunditat, consensuar una solució amb tot el personal i decidir si vol mantenir separatament les dos professions que cada dia estaran més distants i serà més difícil que convergeixin, o bé optar per una solució tan simple com és acceptar conjuntament l'essència i la filosofia d'allò que és el concepte de treball en equip, amb el seu funcionament jerarquitzat, sincrònic, ordenat i coresponsable de cadascun dels seus membres. Si no hi ha voluntat i no s'aconsegueix aquest objectiu, el problema actual continuarà existint i augmentant, cada vegada més, en l'espai i en el temps.

Han passat 14 anys de la reforma de 1986, si és veritat que la medicina actual canviarà radicalment en un període relativament curt de temps, és hora, doncs, de començar a dissenyar l'organigrama i el funcionament competencial dels equips assistencials pels propers vint-i-cinc anys.

Dr. B. Lladonosa Gallart

Quatre avantatges de la nova pòlissa de responsabilitat professional

Text: Josefa Soler · *Advocat*

notables aconseguits pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya són:

1) Defensa jurídica mitjançant un servei col·legial propi del CCMC, és a dir, dels col·legis de metges de Barcelona, Lleida, Girona i Tarragona, que compten amb advocats experts i de confiança per a la defensa judicial de les reclamacions mèdiques i, per tant, coneixedors dels mecanismes i suports tendents a garantir la major defensa possible personal i professional dels afectats.

Concretament, a Lleida, aquest servei funciona de forma permanent els dijous a la seu del Col·legi.

La funció d'aquest servei té com a

◆ **Un instrument per assegurar la tranquil·litat personal, professional i patrimonial**

manament específic i concret de les juntes de govern dels col·legis anteposar els interessos personals i professionals dels metges per davant de qualsevol consideració econòmica de la companyia asseguradora. Això vol dir que cap metge no hauria de patir una pena de privació de llibertat o d'inhabilitació professional si un pacte econòmic amb el reclamant —encara que la seva quantia no fos objectivament raonable— l'evita.

2) La pòlissa cobreix els danys econòmics que es deriven de l'emissió de dic-tàmens i peritatges sol·licitats per l'autoritat administrativa o judicial.

Cal fer constar que aquests danys no estan coberts en la gran majoria de les pòlisses de responsabilitat civil professional mèdica, perquè no es deriven de danys corporals, psicològics o materials.

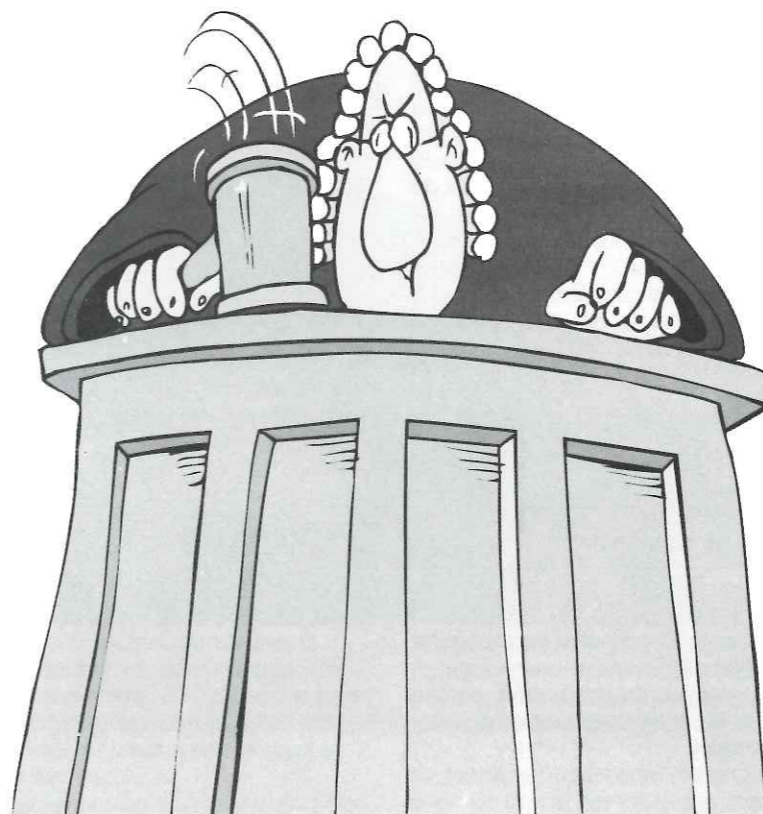
3) Cobertura per qualsevol reclamació per mala praxi mèdica, encara que aquesta reclamació es presenti sota fórmules d'acció dolosa o amb mala fe, solament s'excepcionalment els actes mèdics amb finalitat estètica.

Únicament si hi ha resolució judicial ferma que declara l'existència de dol o de mala fe en l'actuació de l'assegurador, un cop acabat el procés judicial, s'exclourà la cobertura i les garanties de la pòlissa i, per tant, es declararà l'obligació del metge d'assumir les despeses i les indemnitzacions que en resultin fixades.

4) Cobertura de les accions judicials que per a la defensa del dret a l'honor i a la imatge puguin correspondre al metge assegurat.

Sabuda és la morbosa tendència a presentar com a notícia en els mitjans de comunicació qualsevol reclamació contra el professional de la medicina. Si aquesta ha estat injusta, errònia o difamatòria del bon nom i l'honor professional queda cobert el pagament de les accions judicials que la llei preveu, per reclamar en aquest sentit, previ acord de la comissió de seguiment de la pòlissa.

La pòlissa de responsabilitat civil professional contractada pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i, consegüentment, pels col·legis de metges de Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona, constitueix i és un dels instruments principals que poden oferir als seus col·legiats per assegurar-los la necessària tranquil·litat personal, professional i patrimonial (econòmica) en l'exercici de la seva professió. Tranquil·litat que es veuria amenaçada i alterada en el supòsit de patir una reclamació (denúncia, querrela o demanda) per part dels pacients o els seus familiars.



Inauguració de la remodelació del Col·legi de Metges de Lleida

L'etapa de transició que viu la Sanitat a Catalunya exigeix un nou perfil professional per gestionar les transformacions i garantir la sostenibilitat del sistema, segons va exposar el passat febrer el conseller Eduard Rius en la inauguració de la remodelació de la seu del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

Textos: Magda Ballester

Prop de cent col·legiades i col·legiats van assistir el dia 18 del mes de febrer passat a la inauguració de les obres de remodelació de la seu del Col·legi Oficial de Lleida, acte que iniciava el programa commemoratiu del centenari de la creació de l'entitat professional.

El conseller de Sanitat, Eduard Rius, va presidir la inauguració, que va comptar amb la presència de l'alcalde de la ciutat, Antoni Siurana, entre altres autoritats.

El president del Col·legi, Xavier Rodamilans, després de donar la benvinguda als assistents al primer dels actes del centenari, va destacar la voluntat del col·lectiu mèdic de projectar-se socialment a Lleida. Així mateix, va expressar la seva convicció que el Col·legi ha de ser "competitiu, innovador, eficaç, humà i basat en criteris de sostenibilitat" per afrontar els canvis que incorpora la nova legislació sobre col·legis professionals.

Xavier Rodamilans també va fer una crida a fugir del corporativisme, a assegurar l'ètica dels actes mèdics i a augmentar el grau de responsabilitat dels professionals.

L'alcalde de Lleida, Antoni Siurana, va referir-se a un informe econòmic que deixa en posició insatisfactòria el barem llits/ciudadà a Lleida. "Segurament caldria matisar-ho, però les ciutats de característiques humanes com la nostra haurien de ser centres d'assistència sanitària i mèdica amb el plus afegit de la possibilitat de col·laboració entre col·legues", va dir. Tot seguit, reclamava la implicació dels professionals perquè Lleida "tingui més qualitat de servei per donar-lo a la ciutat, a les

comarques i a la zona de l'Aragó".

Minuts abans, Siurana havia valorat positivament la "complicitat" que hi ha entre Col·legi i ciutat per millorar l'assistència sanitària.

Etapa de transició

La relació llits/habitants "no és un dels millors paràmetres per veure la qualitat d'un sistema assistencial", va assenyalar el conseller de Sanitat, Eduard Rius.

Segons el conseller, la Sanitat viu a Catalunya una etapa de transició, que es deriva de l'envelliment progressiu de la població, dels canvis soferts per l'estructura familiar, de la disminució de les malalties agudes i l'augment de la prevalença pluripatològica de les cròniques i de la incorporació de les noves tecnologies.

"La demanda sanitària augmenta, però es redueix la capacitat de finançar-la", va afirmar el conseller Rius. Per aquest motiu, "cal gestionar les transformacions i assegurar la sostenibilitat del sistema per mitjà d'una política d'autèntica substitució que optimitzi el procés assistencial", va afegir.

El Llibre Blanc de les Professions Sanitàries, que prepara la conselleria, determinarà un nou perfil professional per afrontar la gestió i la sostenibilitat del sistema. El conseller va assegurar que l'Atenció Primària, amb el metge de capçalera o de família com a peça clau, és el centre de gravetat del sistema de salut.

Finalment, el conseller de Sanitat va demanar que la reflexió sobre els nous



El conseller de Sanitat, Eduard Rius; l'alcalde de Lleida, Antoni Siurana, i el president del Col·legi, Xavier Rodamilans, van encetar els actes commemoratius del centenari de la creació del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

reptes sanitaris estigui present en el treball del Col·legi i que els metges reforcin el seu lideratge, la seva participació i la seva coresponsabilitat en el sistema.

En el decurs de la seva estada a Llei-

da, el conseller de Sanitat va atendre les preguntes dels mitjans de comunicació lleidatans i va signar en el llibre d'honor del Col·legi.

Posteriorment, Eduard Rius es va reunir en un sopar col·loqui amb els

membres de la Junta de Govern de Lleida i de les comissions de treball per parlar, en un ambient distès, de la situació actual, de les assignatures pendents de la sanitat catalana i dels projectes de la Conselleria.

Convocatòria del concurs COML a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida convoca la primera edició del concurs COML a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari, que tindrà caràcter anual.

1. Objectiu:

1.1. L'objectiu del concurs és el reconeixement públic de la tasca altruista de les ONG i dels seus voluntaris que, de manera professional, treballen per garantir el dret a la salut de la població.

1.2. El Col·legi Oficial de Metges contribuirà al finançament de les tasques solidàries de l'entitat mitjançant la dotació econòmica del premi.

2. Presentació de candidatures:

2.1. Les candidatures han de presentar-se ineludiblement a través de tres col·legiats o col·legiades del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, que faran constar per escrit el nom, l'adreça, els objectius i els antecedents de l'ONG o associació que proposen.

2.2. La proposta s'ha de lliurar a la seu del Col·legi de Metges abans del 30 de juny vinent.

3. Selecció de candidatures:

3.1. La Junta de Govern del Col·legi de Lleida, o els col·legiats i les col·legiades en què delegui, es constituirà en jurat, estudiarà les propostes presentades i les valorarà.

3.2. El jurat valorarà de manera prioritària el caràcter sanitari de la tasca o assistència de les ONG presentades i la seva implantació social.

3.3. El jurat actuarà col·legiadament i emetrà el seu veredict, que, en cas de no haver-hi unanimitat, s'adoptarà per majoria de vots.

3.4. El veredict del jurat serà inapel·lable.

4. Premi

4.1. El jurat atorgarà un únic premi en metàl·lic per valor del 0,7 per cent del pressupost anual del Col·legi Oficial de Metges de Lleida.

4.2. El premi no podrà declarar-se desert.

4.3. L'acceptació del premi implica el compromís ineludible de destinar-lo totalment al finançament de les tasques solidàries de l'ONG premiada.

4.4. El lliurament del premi tindrà lloc en el decurs d'un acte públic.

5. La participació en el concurs pressuposa l'acceptació d'aquestes bases.



La imatge superior recull la signatura del conseller Rius en el llibre d'honor del Col·legi. A sota, a l'esquerra, un moment del sopar col·loqui i, a la dreta, el conseller fulleja el darrer número de la revista Butlletí Mèdic.



Programa d'actes del Centenari del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

ABRIL

Convocatòria de la 1a edició del concurs COML a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari (Vegeu bases a la pàg. 16)

Debat sobre Medicina i Mitjans de Comunicació

Intervindran: Jesús Riverola, president de la Demarcació de Lleida del Col·legi de Periodistes; Juan Cal, director executiu de Segre; Josep Ramon Correal, director de publicacions de *La Mañana*, i Ramon Mesull, delegat de TV3 a Lleida.
Moderador: doctor Sebastià Barranco.
Dia: 12
Hora: 20.00
Lloc: sala d'actes del COML

MAIG/JUNY

Campionat de tennis per a metges i metgesses

Lloc: Club Tennis Lleida
Coordinador: doctor Enrique Huelin

SETEMBRE

Exposició: Humor i medicina al segle XX

Dibuixos originals dels ninotaires de començament de segle (Picarol, Apa, Opisso...) i de Paco Ermengol. Amb la col·laboració de Mutual Mèdica de Catalunya i Balears.

Excursió a la muntanya per collir bolets i xerrada sobre aquest tema

Dia: 16, dissabte
Horari:
7.30 hores: sortida de Lleida amb autocar
10.00 hores: trobada a Espui
11.00 hores: Sallente.
Funicular d'estany Gento.
Xerrada sobre intoxicació per bolets, a càrrec d'un expert
Dinar a l'hotel d'estany Gento (2.200 m d'altitud)

OCTUBRE

Jornada de Medicina Familiar a Lleida

Organització: Vocalia de Lleida de la Societat Catalana de Medicina de Família i Comunitària
Dia: 7
Lloc: Centre Cultural l'Escorxador

TARDOR

Conferència del periodista Sàez de Buruaga (Antena 3)

NOVEMBRE

Trobada sobre Medicina Rural

Lloc: Balaguer

DESEMBRE

Lliurament públic del premi del concurs COML a la Solidaritat en l'Àmbit de la Sanitat

Concert de l'Orquestra de Cambra de Salzburg

Director: Yoon K. Lee
Dia: 13
Lloc: Auditori Municipal de Música Enric Granados (Lleida)
Entrada subvencionada:
3.000 ptes. (màxim 2 entrades per col·legiat/ada)

La Junta de Govern prepara altres activitats lúdiques i esportives, de les quals us informarà tan bon punt estiguin confirmades.

Notes sobre l'evolució del Col·legi de Metges de Lleida

Ja al segle XIV, a la ciutat de Lleida, s'havia instituït la Prohomenia de la Salut, la qual estava integrada per vint prohoms, tenia competències sobre les qüestions sanitàries com normes sobre enterraments, inspecció d'apotecaries, ordinacions sobre mesures a pendre en casos d'epidèmia, etc.

Textos: Drs. Manuel Camps i Clemente i Manuel Camps i Surroca

La Prohomenia de la Salut, l'any 1348, ordenà al metge Jaume d'Agramunt la redacció del conegut tractat mèdic *Regiment de preservació de la pestilència*. Es dona la circumstància que malgrat haver dictat tot aquell seguit de mesures profilàctiques i de tractament contra la malaltia, Jaume d'Agramunt morí de pesta durant aquella epidèmia.

A la Corona d'Aragó, Alfons el Benigne dictà les normes sobre l'examen i les condicions per poder exercir la medicina.

Els Reis Catòlics, per una llei del 30 de març de 1477, establiren el Protomedicat, institució que tenia com a missió principal examinar i concedir llicències per a l'exercici de la medicina.

Aquesta coincidència de competències xocaren de ple amb els privilegis reials de què gaudia l'Estudi General de Lleida.

En establir-se el grau de doctorat en la nostra Facultat de Medicina, els seus components van constituir el Col·legi de Medicina de l'Estudi de Lleida, que seria qui conformaria els membres del tribunal examinador.

El Protomedicat aviat s'enfrontà amb la Prohomenia de la Salut amb relació a qui corresponia fer la inspecció d'apotecaries i per altres aspectes, però van prevaldre els privilegis i les franquícies de la ciutat.

El 20 d'agost de 1600 es va constituir la *Confraria dels Gloriosos metges Sant Cosme i Sant Damià i dels doctors en Medicina i mestres de Cirurgia*.

De les seves ordinacions, entre moltes d'altres, destaquen:

- Ningú no podia exercir de metge ni de cirurgià si abans no s'havia examinat pel Col·legi dels Doctors en Medicina i Mestres de Cirurgia, sota pena de deu lliures.

- Cap moro ni jueu no podia examinar-se per obtenir el títol per exercir la medicina i la cirurgia, sota pena de deu lliures.

- Qualsevol jove que s'havia d'examinar havia de tenir cinc anys fets de pràctica.

- Cap mestre de cirurgia no podia donar cap "medecina laxativa", tan sols en cas de necessitat, sota pena de deu lliures.

- Els doctors en medicina no podien fer sagnies a Lleida, exceptuant casos de necessitat.

- Els aniversaris de la Confraria s'havien de celebrar amb les funcions religioses acostumades al monestir de Nostra Sra. del Carme, on hi havia la capella dels Gloriosos Sants.

Després de la guerra de Successió, en desaparèixer amb el Decret de Nova Planta (1716) la Paeria i tots els nostres organismes forals, va ser el Protomedicat qui assolí totes les competències sanitàries.

La Prohomenia de la Salut va ser substituïda per la *Junta Corregimental de Sanidad*. Aquesta junta va ser abolida per Reial Ordre l'any 1835, en desaparèixer els coregiments.

Després apareixerien diverses juntes locals de sanitat i beneficència.

El "Colegio Médico-Quirúrgico"

El 31 de maig de 1886, la classe mèdica de Lleida, convocada pel subdelegat de Medicina i Cirurgia de la ciutat i reunida a la sala de sessions de l'Ajuntament, celebrà una assemblea, a la qual acudiren la pràctica totalitat dels metges de la capital.

El Dr. Camil Castells i Ballepí exposà els avantatges que a la classe mèdica li reportaria la fundació d'una entitat que tingués com a base la defensa dels drets professionals i el més legítim camí i companyonia i que fos, a la vegada, centre d'il·lustració enfront dels avenços científics de l'època.

La idea va ser aprovada per unanimitat, i es va elegir la que seria la seva Junta de Govern, constituïda per:

President: Josep Oriol Combelles
Vicepresident: Magí Targa

Tresorer: Benito Rabassa
Secretari general: Serafín Arturo Escudero
Secretari d'actes: Josep Maria Vicens

Com hem dit, el gran promotor d'aquesta associació va ser el Dr. Camil Castells i Ballepí. Fill del metge Martí Castells, va néixer a Lleida el 19 de setembre de 1854. Llicenciat l'any 1875, es doctorà el 1880. Era germà de la doctora Martina Castells i dels també metges Frederic i Rossend. Morí a Bilbao el 18 d'octubre de 1912.

El president de la Junta, Josep Oriol Combelles i Navarra col·laborà amb el Dr. Castells per al perfeccionament sanitari dels establiments de Beneficència. Va ser vicepresident de la Diputació de Lleida. Morí l'any 1897.

Més tard, les sessions del Col·legi se celebrarien al local cedit per l'Associació Excursionista Llerdenesa, situada al número 71 del carrer Major. El seu òrgan oficial de difusió va ser *El Boletín Clínico*, primera publicació mèdica lleidatana.

El Boletín Clínico es publicà entre els anys 1886 i 1889. Quan va desaparèixer va ser substituïda, el 1895, per *La Unión Médica* i, el 1902, pel *Boletín Médico*.

El 15 de gener de 1896, la junta, presidida per Joaquim Banyeres, aprovà la creació del *Montepío Médico* amb la finalitat de socórrer els familiars del metge quan aquest moria i a ell, en cas d'invalidesa. Una altra finalitat era la de concedir crèdits als metges al mòdic interès del 6%.

L'any 1898, el *Colegio Médico-Quirúrgico* es va dissoldre i es creà el *Colegio de Médicos*, en virtut de la Reial Ordre de 12 d'abril d'aquell any.

El Col·legi Oficial de Metges

El Reial decret de 12 d'abril de 1898 establia els estatuts pels quals s'haurien de regir els col·legis de metges de la nació.

Serien tasques primordials del Col·legi, protegir la salut pública, perseguir l'intrusisme i defensar els interessos de la classe mèdica.

Entre les seves disposicions destacava que: "ningún médico podrá ejercer la profesión si no se halla incorporado al Colegio de Médicos de la provincia donde reside habitualmente".

Aquest decret, però, suscità opinions ben contràries i grans controvèrsies des dels seus inicis. La revista *El Siglo Médico*, el mes de maig d'aquell any



El número 2 de la plaça de la Llibertat, actualment plaça de Sant Francesc, va ser seu col·legial a la dècada dels anys vint. A sota de la fotografia, dues mostres de les publicacions mèdiques.

de 1902 la ratificà, fent referència a la sentència dictada pel tribunal contenciós administratiu en la demanda interposada per tres professors de medicina.

Es considerarien intrusos els metges que exercissin la Medicina sense estar col·legiats.

El col·lectiu mèdic estava dividit en dos opinions contraposades: els qui eren favorables i la consideraven panacea de tots els mals que sofria la classe mèdica i els qui la consideraven mesura opressora i anticonstitucional, i al·legaven que de cap manera podien ser obligats contra la seva voluntat.

El ministre mateix de la Governació, el 30 de maig de 1902, contestava així a la pregunta que li formulava el rector de la Universitat de Barcelona:

"Tienen razón, a mi juicio, los médicos que alegan no pueden ser obligados a asociarse contra su voluntad. Así pues, procede que obren con entera libertad y si se intentara alguna sanción penal contra los que no quieran colegiarse, acuda a los tribunales ordinarios en la forma procedente".

L'11 d'octubre de 1904, segons una Reial Ordre publicada a la Gaceta el 13 del mateix mes, el Col·legi de Metges de Lleida va ser declarat Oficial. Aleshores, el Col·legi elaborà un reglament o estatuts pels quals s'hauria de regir.

El 6 d'abril de 1911 se celebraren eleccions per elegir la Junta Rectora del Col·legi, aleshores presidida per Francesc Fontanals. Foren elegits:

President: Josep Maria Vicens
Vicepresident: Francesc Cava
Vocals: Josep Estadella, Artur Hellín, Ramon Torredadella, Eladi Vila

Tresorer: Dionisi Soler
Comptador: Antoni Diana
Secretari general: Pere Castro
Secretari d'actes: Amali Prim

Una de les seves primeres resolucions va ser la de conferir al *Boletín Médico*, el títol d'òrgan oficial del Col·legi.

Al Butlletí del mes de setembre de 1911, es publicava la llista de col·legiats, solament 27 de la capital i 7 de la resta de la província i s'encoratjava als qui encara no ho estaven, a fer-ho.

El 15 de novembre de 1914 se celebraren noves eleccions, i va resultar reelegida tota la junta anterior.

El 15 de maig de 1917, un altre Reial decret insistia en l'obligatorietat de la col·legiació.

El 4 de juny de 1917, es reuní la junta del col·legi. El president comunicà que el governador civil l'havia convocat per declarar "oficial" el Col·legi i, a la vegada, per aconseguir la col·legiació dels metges que encara no ho estaven, segons la Reial ordre anteriorment esmentada.

S'acordà enviar un ofici al governador per manifestar-li que l'actual col·legi "ja havia estat declarat Oficial

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

l'11 d'octubre de 1904, segons Reial Ordre publicada a la Graceta el dia 13 del mateix mes i, per tant, no era necessari fer-ho de nou".

L'1 de març de 1918, dels 200 metges que exercien a la província de Lleida, encara n'hi havia 50 sense col·legiar. Els drets de col·legiació eren: 10 pessetes per títol de col·legiat i 5 pessetes anuals de quota.

La polèmica entre partidaris i detractors de la col·legiació obligatòria era constant.

En el decurs de la Junta General celebrada el 19 de gener de 1920, el Dr. Antoni Pujadas, president de la Comissió Organitzadora del Sindicat Mèdic del districte de Lleida, censurà amb duresa l'actuació de la Junta Directiva envers aquesta qüestió i l'acusà d'haver estat poc enèrgica amb els metges contraris a integrar-se.

Dimissió de la direcció col·legial

La situació es va fer tan tensa que la totalitat de la direcció col·legial presentà la seva dimissió, la qual no es va acceptar, fins al dia en què se celebrassin noves eleccions. Es van fer el 30 de juny d'aquell any.

El resultat va ser el següent:

President: Josep Estadella
Vicepresident: Ramon Torredadella
Secretari: Antoni Pujadas
Tresorer: Francesc Bordalba
Comptador: Robert Pereña
Vocals: Ramon Sambola, Antoni Roger, Josep Grau

Una de les primeres propostes del Dr. Estadella va ser la de celebrar tot un seguit de conferències a càrrec de prestigioses figures de la medicina. Va inaugurar el curs el catedràtic de la Universitat Central Dr. Pittaluga.

Es continuava lluitant des del Col·legi

contra l'intrusisme. El nombre de tota mena de *curanderos* i saludadors era molt gran. Pocs pobles hi havia en què no exercís algun d'ells. La seva gran proliferació era una de les qüestions que preocupava especialment al Col·legi. Fins i tot els metges no col·legiats eren considerats intrusos: *"El Inspector General de Sanidad, los Gobernadores Civiles, los Inspectores Municipales de Sanidad y los Subdelegados de este ramo, perseguirán a los que ejerzan el intrusismo y a los que siendo profesionales de la Medicina no figuren inscritos en las listas de los colegiados, en cuanto tengan noticia por información particular o comunicación de los Presidentes de los Colegios Médicos"*.

Però, malgrat tot, els contraris a la col·legiació continuaven fent cas omís als requeriments i fins i tot les amenaces, tant de les autoritats civils com del Col·legi, el qual, en una nota de l'1 de juny de 1931, deia que, *"algunos colegas devuelven sistemáticamente todos los recibos del Colegio, negándose a cumplir sus deberes. A éstos, no se les girará cantidad alguna por ser inútil, pero como es natural, no podrán alegar ningún derecho dentro del Colegio hasta que hayan satisfecho por*

completo todas sus deudas".

El Col·legi de Metges de Catalunya

Establerta la Generalitat, el 24 de maig de 1933, la conselleria de Sanitat i Assistència Social va signar un decret per crear el *Col·legi de Metges de Catalunya*, que substituïria i agruparia als quatre col·legis provincials, els quals restarien com a seccions d'aquell. Catalunya va ser dividida en cinc seccions: Girona, Tarragona, Lleida, Barcelonès i Ciutat de Barcelona.

Es destinà com a seu del nou Col·legi el local del Casal del Metge, que estava situat al número 31 de la Via Laietana, edifici que havia estat inaugurat el mes d'octubre de 1932. El seu cost, d'1.800.000 pessetes, havia estat aportat en la seva totalitat pels afiliats al Sindicat de Metges de Catalunya.

El 10 de juny de 1934 s'elegí la que seria Junta de la Secció de Lleida del Col·legi de Metges de Catalunya. Foren elegits:

President: Antoni Ros Batlle
Secretari: Ferran Colàs Mateu
Vocals: Victori Sanuy Rubies, Ramon Ribalta Foraster, Josep Llangort Plana, Emili Reimat Mola i Josep Roig Gilibert.

Com a representants de la secció de Lleida al Consell Directiu foren nomenats els doctors Antoni Pujadas Fabregat, Josep Rovira Nebot, Enric Godàs Vila i Josep M. Mostany Aguilar.

Durant el període 1894-1932 van ser presidents dels diferents col·legis esmentats:

Joaquim Banyeres 1894-1908
Pere Castro Vicens 1908-1910
Francesc Fontanals 1910-1911
Josep Maria Vicens 1911-1920
Josep Estadella Arnó 1920-1931
Tomàs Nart Fontova 1931-1935
Antoni Ros Batlle 1935-1938

◆ Els drets de col·legiació eren l'any 1918 de 10 pts per títol i de 5 pts de quota anual

Reunió del Consell del Col·legi de Metges a Lleida

El Consell del Col·legi de Metges de Catalunya es va reunir el dia 15 de març a la seu col·legial de Lleida amb motiu de la celebració del centenari de la creació de l'entitat lleidatana. Aquesta va ser la primera vegada que el plenari del Consell es reuní fora de la seva seu, que està situada a Barcelona. Després de la trobada, els membres del Consell, acompanyats de la Junta de Govern de Lleida, van visitar el palau de la Paeria, on van ser rebuts de manera oficial per la tinent d'alcalde Pilar Nadal.



Acords de la Junta de Govern del Col·legi

Els darrers acords que ha pres la Junta de Govern del Col·legi de Metges són els següents:

- **Commemoració del centenari de la creació del Col·legi:** aprovació del programa d'actes (vegeu pàgines dedicades al Centenari).

- **Convocatòria del la 1a edició del Concurs a la Solidaritat en l'Àmbit Sanitari** (vegeu bases a la pàg 16).

- **Comissió Central de Deontologia i Dret Mèdic del Consell General de Col·legis de Metges:** els quatre col·legis de Catalunya donen suport a la candidatura del doctor Joan Viñas, que presenta el Col·legi de Lleida.

- **Comissió d'Acreditació Col·legial en Formació Mèdica Continuada:** proposar el doctor Joan Prat com a representant del Col·legi de Lleida.

- **16è Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana:** nomenament del doctor Pifarré Barqué en representació de la junta de Lleida.

- **Oficina d'Informació Col·legial:** nomenament d'una comissió que formen els doctors Casanova, Sagrera, Marion, Querol i Agelet.

- **Personal administratiu del Col·legi:** des del gener, les condicions laborals, econòmiques i sindicals dels treballadors s'emmarquen en el conveni col·lectiu d'oficines i despatxos.

- **Metges habilitats:** estudi de la seva situació al Col·legi de Lleida amb l'objectiu que puguin gaudir de determinats serveis col·legials.

- **Organització de la borsa de metges d'APD:** creació d'una comissió formada pels vocals dels metges titulars, rurals, postgraduats i en atur.

- **Vocalia de Metges Jubilats:** formació d'una comissió assessora per tal de fomentar la participació d'aquest col·lectiu.

La Junta de Govern ha rebut, a més, la proposta de creació d'una beca per a estudiants del darrer curs de la llicenciatura de Medicina, que ha formulat la

Mutual Mèdica al Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

MOVIMENT COL·LEGIAL

Altes:
M. Teresa Forn Pomés, procedent de Barcelona
M^a Nieves Plana Farrás, procedent de Guadalajara
Anna Boyrie, procedent de Tolosa
Elena Frey González, procedent de Barcelona
David Riba Torrecillas, reingrés Maria Blanca Palou Pappaseit, procedent de Saragossa
Luis Ignacio Paniagua Royo, doble col·legiació amb Osca

Baixes:
Teodoro de Juan Illana, per defunció
Albert Cos Torrubiano, a petició pròpia
Teresa Rodríguez Ros, a petició pròpia
M^a Concepción García Jiménez, per trasllat a Navarra

Habilitacions:
M^a Luisa Gracia Ruiz, des de Saragossa
Manuela Rodríguez Domínguez, des de Barcelona

Pedro Grimaldos Ruiz, des de Girona
Eva Maria Alvarez Darriba, des d'Astúries
Francisco Losfablos Callau, des de Saragossa
M^a Angeles Salaver Bordetas

Baixes habilitacions:

Manuela Cueva
Guillermo Bovio Heras
Montserrat Planellas Boix, des de Menorca
Maria Luisa Gracia Ruiz, des de Saragossa

Col·legiats de Lleida habilitats en una altra província

Ana Cristina Torrijo Rodrigo, amb el Col·legi de Saragossa
M. Blanca Palou Pappaseit, amb el Col·legi de Saragossa
Salvador Riba Camprubí, amb el Col·legi de Tarragona
Xavier Michelena Gil, amb el Col·legi de Barcelona

Canvis de situació

José Fernández Velilla-Herce, passa a col·legiat honorífic
Enrique Asensi Roldos, passa a col·legiat honorífic
Alberto Alguero Vives, passa a col·legiat honorífic

¿Recibe una pensión?

¡Enhorabuena!

Hemos creado un nuevo producto para usted con muchas ventajas:

ANTICIPO DE PENSIÓN • TARJETAS GRATUITAS
REGALO SEGURO • MEDICO 24 HORAS
ASISTENCIA DOMICILIARIA • SERVICIO DE VACACIONES
Y VEINTE VENTAJAS MÁS.

Todo esto puede ser Gratis.

Y por supuesto: Libreta de Ahorro sin comisiones de administración y mantenimiento. Servicio de Banca Telefónica y Electrónica por Internet Gratuitos. Seguros Gratuitos. Crédito Directo Pensión en condiciones especiales...

902 40 40 70



LA ATENCIÓN QUE USTED MERECE



BANCO POPULAR ESPAÑOL
BANCO DE CRÉDITO BALEAR
BANCO DE ANDALUCIA
BANCO DE GALICIA
BANCO DE CASTILLA
BANCO DE VASCONIA

Els malalts mentals a Lleida a la baixa Edat Mitjana

La implicació de les malalties i dels malalts mentals en el decurs d'alguns processos criminals dins de la Lleida dels segles XIV i XV, ens ha permès adquirir unes quantes idees sobre diversos aspectes pràctics i reals d'aquest tema en aquella època, sobretot pel que fa a l'heteroagressivitat

Texts: Dr. M. Camps i Surroca i Dr. M. Camps i Clemente

Si tota malaltia constitueix un problema més o menys greu, sobretot pel malalt que la pateix i també pels familiars que l'acompanyen, quan aquella és de caràcter mental el problema pot incrementar-se fàcilment per dos aspectes afegits: l'autoagressivitat i l'heteroagressivitat del malalt.

No hi ha dubte que l'últim d'aquests dos qualificatius, l'heteroagressivitat, ha donat des de temps immemorial caràcter social al tema que ens ocupa. Per això en molts aspectes de la vida civil ordinària no relacionats directament amb la medicina apareix, de vegades a primera línia, la malaltia mental com a protagonista. Això ens ha permès dir, ara, algunes coses i explicar alguns casos reals succeïts en la nostra ciutat.

Els malalts heteroagressius

L'heteroagressivitat és fàcil que es dirigeixi cap a altres membres de la mateixa família, simplement pel fet de la proximitat.

El de la violència domèstica és un tema molt antic, segurament tant com l'home. Sense anar més lluny i en l'època que ens ocupa ara mateix, un estudi forense de 36 casos de violència familiar al segle XIV a Lleida ens va permetre comprendre aquesta realitat.

De vegades era una autèntica malaltia mental la causant de la mort d'un dels cònjuges per obra de l'altre.

El 2 de juny de 1393, Ermengou Sentiu de Vilanova d'Alpicat va occir amb arma blanca la seva muller Martina, en ple accés de deliri de persecució.

El caràcter psicòtic del fet queda clar per l'actitud passiva i perplexa del malalt, que es va quedar mirant la seva muller ferida de mort i la sang que exia dela.

Havia caigut malalt ja feia quatre o cinc anys. Al començament entrasen

en una casa scura i aquí i stech IIII o V dies, i abvides lo podien fer menjar sinó per força i estave axí en himaginació i no dehie res.

Un testimoni afegí que, en aquest estat d'introspecció, mirava a terra y null temps diguere res si nol escometesen.

Es posà en poder de Francesc de Sent Climenç i d'altres metges de Lleida, els quals no van poder esbrinar el motiu d'aquest estat d'autisme.

Passaren els anys i una recaiguda obligà els familiars a portar el malalt a Lleida, a casa del carnisser Jacme de Berga, on es va estar tres setmanes completament aïllat. No el podien deixar sol perquè si el deixaven *dehie que matar-lo volien* (perseguit). Fou precisament un cap de setmana que el malalt se n'anà al poble i quan dugué a terme el crim (perseguidor).

En aquella època era corrent atribuir els mals a l'acció del dimoni.

La mateixa muller de l'orat, ferida de mort al llit, va confessar al batlle de Vilanova d'Alpicat, Bn. Moyet, que les ferides no les hi havia fet el seu marit, sinó lo diable que l'ha pres. També una dona d'Alguaire que *tenie lo diable en lo cos* (¿bruixa?), va dir que el malalt *tenie dos diables en lo cors*.

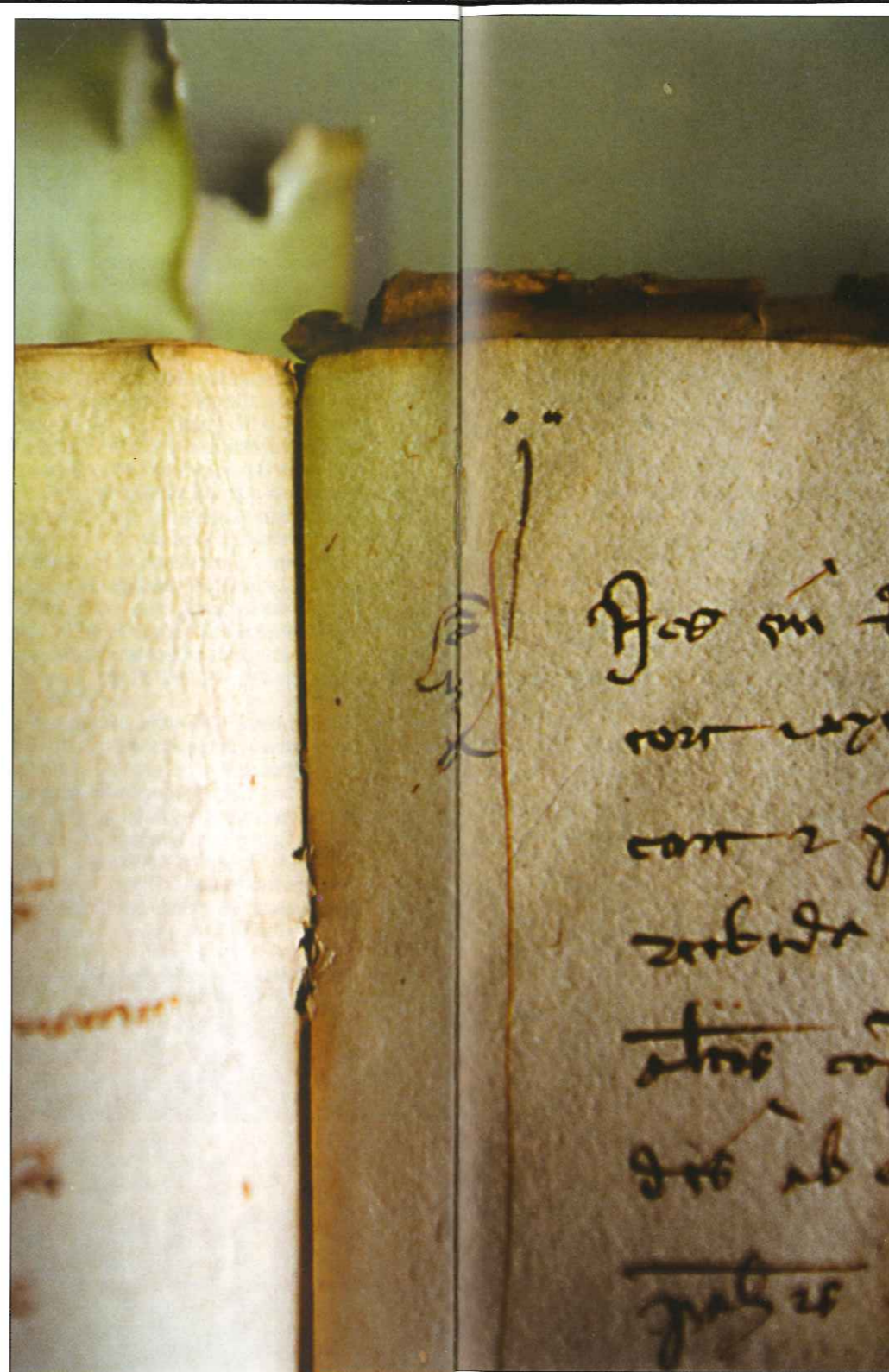
Un exemple d'agressivitat fora de l'àmbit familiar fou el de la filla del barber Arnau Ferrer, Caterina, la qual va ser occida el dia 9 de març de 1400 per Arnau de Vilaplana³. Aquest inicià un quadre de gelosia vers la seva muller Blanqueta perquè se n'anà de dida a casa de *micer* Johan Alfagerí. Caterina fou agredida de mort pel simple fet d'haver anat a casa d'Arnau a oferir la feina de filar lli a la seva dona.

Però aquestes manifestacions de gelosia, en realitat, amagaven un quadre psicòtic més complex. El malalt, segons dos testimonis, havia manifestat que *axí com jaie a lit li vench una*

visió que a son pare havien lançat de una barcha en laygua i que levàs i isques i anasen a Torres. A Torres de Segre se li presentà Francesc de Sent Climent amb deu homes a cavall i altres tants de peu i encaçaren-lo ab l capdell cremant en lo cap de una lança, e ell metés en una bardia i de aquí no isqués fins lalba. De Torres marxà a Grealó i d'aquí a Bellvis.

La mare del malalt confessà que *un any ha que nol havem pogut fer exir de casa ni li podem fer menjar si no pa i vi. I que no exirie de casa si donchs lo senyor Rey o lo veguer no li manave.* Un altre testimoni va atribuir aquest tancament del malalt a que *ere horat o endiablant.*

Troband-se el malalt al lloc de Pradell



Galceran Gili, condemnat a mort mitjançant penjament a la forca l'any 1374.

tingué un accés delirant persecutori molt intens.

Un testimoni presencial va dir que el malalt aparegué *fort furiosament dient que hòmens a cavall lo encaçaven, i com ell nels altres del loch no veessen alguns hòmens a cavall i coneuessen aquell dit hom fadejave, digueren-li que no hagués pahor quel acaçés negú a cavall, car ells no veen que negú vingués acaçant-lo ... Però ell insistia: nou veu com macacen los hòmens a cavall ab fatons! ... i continuava: prech-vos que managueu sinó matar man!*

Pel que fa als malalts autoagressius, generalment, les autoagressions que

es materialitzaven dins el domicili familiar eren dutes a terme per malalts mentals molt greus, amb deliris espectaculars.

En canvi, les que tenien lloc a l'exterior solien ser pròpies de depressius (endògens), o bé d'afectats per situacions circumstancials de la vida, com podia ser el cas dels empresonats o dels perseguits per la justícia. En descriurem alguns exemples.

Les autoagressions domiciliàries

És comprensible que en els segles XIV i XV, donada la inexistència a Lleida de centres d'aïllament per a malalts mentals, els delirants molt greus necessàriament vivien reclosos dins el medi familiar.

El seu gravíssim estat mental els incapacitava fins i tot per sortir de casa i per això es lesionaven aquí.

El 14 de febrer de 1372 es va penjar a casa seva la muller del mercader i llaurador Thomas de Sent Pere, Catharina⁴.

Fou acusat de la mort el seu marit, però tant les dades que va proporcionar l'aixecament del cadàver com la demostració indubtable de la malaltia mental de la dona, acabaren desfent la hipòtesi criminal.

El marit va confessar que *ella mateixa dehie que endiablada ere i que no la podie tenir segura en lit ne en neguna altra part.* El dia de Sant Antoni, en ple accés delirant, el volgué agredir al ventre amb un ganivet tot dient que *ha cremar la havien jujada, mas quel diable li havie conseyllat que ocehís ell confessant i son fill den P. Colom.* En diverses ocasions ja havia intentat lligar cordes i una tovallola a les bigues i a la porta.

El 29 de maig de 1393 es va degollar a casa seva, a la Cuyraça de Lleida, el jueu Samuel Galipapa, afectat d'una greu psicosi, que tenia en cura el famós metge i professor de l'Estudi General Nadal Lebrí⁵.

La seva mare va manifestar amb molta claredat que el seu fill s'havia *tornat orat i minvat de son sen, en tant que les paraules i los feyts daquell eren de hom orat i de aquesta malaltia lo tenie en cura mestre Nadal Lebrí e que per furor de la dita oradura, lo dit Samuel, el meseis sere mort i degolat apartadament, sens que els ni altra persona nou an vist ni pogut preveure...*

Per altra part, estan molt ben descrits els signes característics de l'etiologia suïcida de la mort, amb la particularitat, a més, que diu que *anava vestit ab cota longa de drap negre i una camisa i, ere descint, tenie un capel de li el cap...*

Es significatiu aquest fet de portar la roba sense subjectar, és a dir, de dur a terme l'acte sense cap més resistència o tensió que la del propi estat emocional.

Les autoagressions fora de casa

Aquestes agressions en general eren dutes a terme per malalts no delirants, en concret depressius, o bé per persones amb problemes amb la justícia.

Els primers, amb autonomia per sortir de casa, es lesionaven fora del medi familiar. Els condemnats a mort o els perseguits per la justícia, sense cap malaltia mental més que la por o la desesperació pel futur que els esperava, s'agredien a la presó o allí on podien.

Un exemple clar de depressió endògena va ser el del moliner Ramon Obach, que es va penjar a la Cogullada el 8 de maig de 1387⁶. Feia poc que havia confessat a un company de treball el seu impuls intern de llançar-se al Segre: *... I vench II o III vegades en cor quem gitassa en laygua, que offegàs aquí!*

El batlle de la Cogullada va confessar que el malalt des de feia mig any *anave fort tris*, i que quan li preguntaven el motiu de la tristesia responia que no ho sabia *car tot lo cor li arraspare.*

Dels perseguits per la justícia farem referència al cas de l'hostaler de Lleida Berenguer de Queralt, que el 27 d'abril de 1340 es va submergir al Segre després d'haver estat acusat de matar amb un cop d'espasa al cap Nadal de Belvey⁷.

Rescatat el seu cos del riu va estar exposat a la plaça dels Conills per tal de ser identificat.

Les autolesions dels condemnats a mort

Les autolesions dels condemnats a mort estaven més que justificades si tenim en compte el tràgic final que els esperava. El tractament social que rebien era horrorós, ja que els mecanismes de suplici emprats, que podien ser diferents segons el tipus de delictes comès (penjament, cremació, degollament, etc.), eren precedits pels mitjans brutals utilitzats amb finalitat indagatòria (turment de la roda, del quant, del foc, etc.).

Solament cal exposar un cas per adonar-nos d'aquesta realitat. El 14 de gener de 1456, Gorgi, esclau tàrtar del picapedrer de Lleida Miquel Cortés, va matar el seu amo cansat dels maltractaments físics que rebia d'aquest.

Un cop a la presó i sabent el que li esperava, es va ferir al ventre, segons el peritatge del barber Cellard.

La condemna deia que seria *mes en un sarrí o aquell esser arrosegat per los lochs acostumats de la dita ciutat e com sie en dret la porta hon lo dit crim ha comès, li sien abdós los punys e après que sia degolat, esquarterat en la Plaça Maior de Sent Johan e los quarters de aquell sien posats, ço es, lo primer en lo areny delà lo pont, en un pals, laltre en lo Mercadal del Carme, laltre a les eres de Frares Menós, laltre en lo Fossar dels Moros, e lo cap e les*

PASSA A LA PÀGINA SEGÜENT

*mans sie portat fora lo Portal de Sent Gili, e les menúries sien meses en un cabaça e aquelles sien posades en un pal fora lo Portal de Sent Martí*⁶.

En aquests casos, les parts anatòmiques més afectades eren el ventre i els braços, aquests últims amb la intenció de tallar-se les venes.

El condemnat a mort Bernat Soler, pastor de Mont-Ral, acusat d'haver matat un home de Fraga el 18 de gener de 1420, es ferí a l'abdomen i a la sagnia del braç dret, segons l'informe del cirurgià de Lleida Matheu Pere.

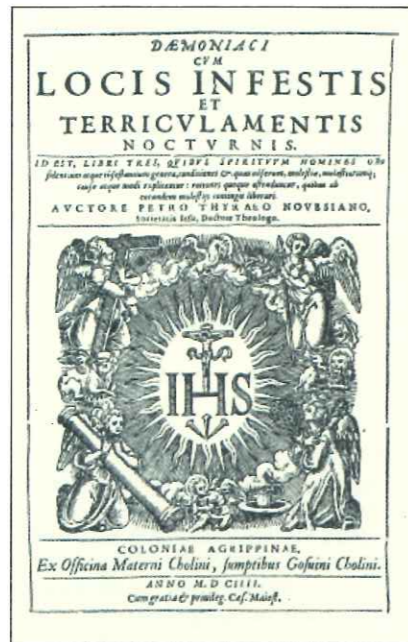
Normalment, els carcellers, coneixedors d'aquests perills, solien adoptar mesures de seguretat per tal d'evitar-los. En aquest últim cas, reberen l'ordre de posar el condemnat *en loch que lo dit delat stigués be e que no tingués armes ab les quals se pogués damnificar ni matar*⁶.

El paper dels metges davant els malalts mentals

Els orats, per les seves especials característiques i per la creença en l'origen espiritual o màgic dels seus patiments, en moltes ocasions eren atesos per persones que no tenien cap mena de relació acadèmica o científica amb la medicina, com foren els saludadors i els exorcistes (clergues, generalment).

També hi havia determinats llocs que gaudien de fama per guarir aquests tipus de malalts, com el Tarrós, Valldeïllou, Cervera, etc., on assistien els malalts.

Però malgrat aquestes arrelades pràctiques de medicina màgica, els metges també intervenien en l'assistència, com hem pogut observar en algunes ocasions. Per exemple, en el cas esmentat abans del Dr. Nadal Lebri. En canvi, hem vist malalts molt greus on no hem trobat cap rastre d'in-



tervenció mèdica, la qual cosa ens inclina a pensar en el predomini de les pràctiques supersticioses i màgiques.

Per altra part, allunyada de l'activitat assistencial, la pràctica forense de la psiquiatria era pràcticament nul·la. No hem observat peritages de malalts mentals. Això pot tenir una explicació lògica, si tenim en compte que els pacients objecte d'aquest estudi patien estats delirants molt greus i expressius amb resultats tràgics, cosa que feia que qualsevol, sense necessitat de ser metge, s'adonés de la seva vesània.

Aquest i no un altre és el motiu pel qual el magistrat no demanava mai l'opinió dels metges per justificar la malaltia.

A més, en la pràctica no es deuria tenir en compte l'estat mental d'un homicida, almenys amb relació al turment indagatori, tal com hem observat en el cas del 9 de març de 1400 (malauradament no consta la sentència) en què l'homicida, afectat d'un greu deliri de persecució, va ser sotmès al turment de la roda tres vegades.

Aquesta realitat pràctica contrasta, però, amb el contingut teòric de les lleis, que eximia de responsabilitat criminal el malalt mental i l'infant autors d'un delictes.

Per exemple, el procurador o raonador de Lleida P. Ermengou, el 19 de novembre de 1394 defensà el lladre de

Xipre Joan Moni, i va argumentar que tenia una malaltia mental per deslliurar-lo de la pena: *per la indiscreta i fola confessió feta per Johani Moni, delat de furt o inculpat, apar i pot aparer clarament als dretament jugans, que procehix més per oradura, indiscreció o furor que per sen i discreció ... i com per dret sie definit que li l'infant qui no ha sen ho lo furios cometran algun delictes, aquel deu romanir impunit i sens pena i lo dit delat sie aytal o semblant...*¹⁰

També hem observat aquesta discordança en el cas de l'aplicació del turment de la roda i posterior penjament del minyó Guillamon Ponç, acusat de robatori de sabates a l'obrador del sabater de Lleida P. Cerdà, el dia 7 d'abril de 1329¹¹.

La protecció social dels malalts mentals

L'autoagressivitat i sobretot l'heteroagressivitat pròpia dels dements van fer que la societat construís hospitals per acollir-los. A la Corona d'Aragó foren famosos el del pare Jofre Gilabert de València (1409) i l'antic hospital de la Santa Creu de Barcelona (1401)¹².

Lleida no disposava durant els segles XIV i XV d'aquesta concreta funció hospitalària. L'hospital del Sant Esperit (1199), si bé deuria dements, ho féu probablement molt més tard. Per tant,

el destí dels malalts mentals greus, perillosos per a si mateixos o per als altres, no podia ser cap altre que la pròpia família, la presó, o en el pitjor dels casos l'abandó al carrer.

Demander llicència al veguer

A la nostra ciutat, quan una família tenia un malalt mental greu, fins al punt que es veia incapaç de controlar-lo, l'única solució era demanar llicència al veguer per tal de poder-lo immobilitzar i aïllar a domicili. Aquesta autorització judicial mai no es denegava.

El veguer enviava el saig (funcionari de justícia) armat amb punyal a la casa del malalt, amb l'encàrrec de col·locar-li els grillons als peus. Com que sempre es tractava de malalts delirants molt greus i de situacions d'extrema

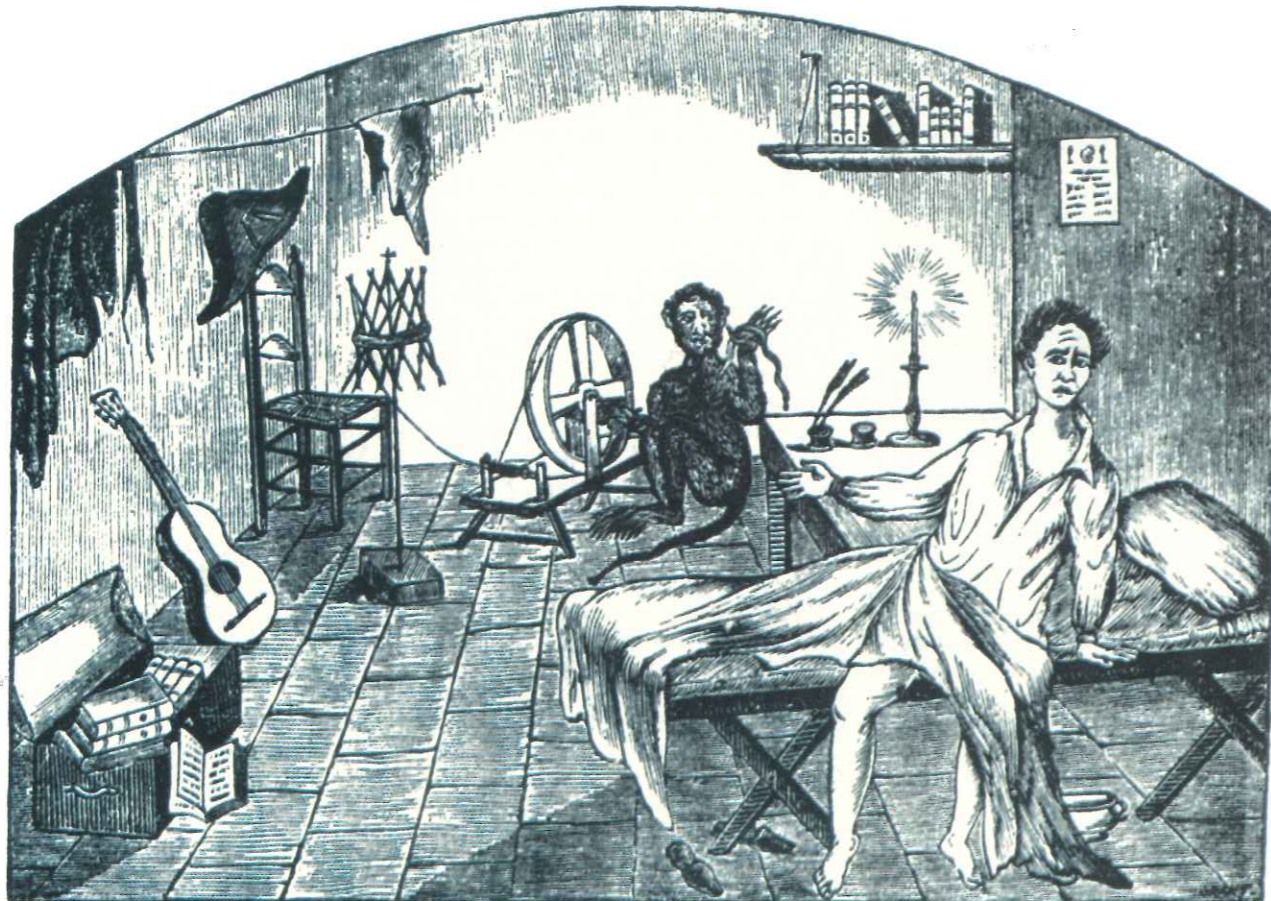
urgència, el veguer no escoltava personalment el malalt ni li enviava cap metge per tal d'explorar-lo. Considerava que qualsevol podia adonar-se d'una malaltia mental greu i per això simplement requeria el saig¹³.

A diferència dels malalts mentals protegits pel medi familiar, els que no gaudien d'aquesta sort, en el cas de ser considerats perillosos per als altres, se'ls internava a la presó, on eren encadenats i se'ls posava grillons als peus.

El 21 de juliol de 1447, fou trobat al palau de Cervera Borthomeu Camps, de Banyoles (Empordà), *lo qual ere home foll, entant que jacquia anar a la gent. E per aquella rahó fonch mes en la dita presó. E per sa gran fortaleza e terribilitat, foren-li meses cadena e grillons e ab aquells fonch trobat mort...*¹⁴

NOTES

- (1) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: La violència en el medio familiar en Lérida. Siglo XIV. Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència. 1989 (**), 12, 29-52.
- (2) Ob. cit.
- (3) AML, reg. 799, f. 136-138
- (4) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M.: Notas sobre los orígenes de las licencias judiciales para la protección de los dementes. Orfila, 7. 1995, Universitat de Lleida, p. 31-49
- (5) AML, reg. 796, f. 5
- (6) AML, reg. 792, f. 195-196.
- (7) AML, reg. 773, f. 231
- (8) CAMPS CLEMENTE, M.: *El Turment a Lleida (segles XIV-XVII)*. Universitat de Lleida i Ajuntament d'Alcarràs. 1998, p. 38.
- (9) Ob. cit., p. 44
- (10) Ob. cit., p. 44
- (11) Ob. cit., p. 43
- (12) DOMÈNECH, E.: *Introducció a la Història de la Psicopatologia*. Seminari Pere Mata de la Universitat de Barcelona, 1991, p. 45.
- (13) CAMPS SURROCA, M.; CAMPS CLEMENTE, M., Ob. cit.
- (14) CAMPS CLEMENTE, M.: "La mort violenta a Lleida a la Baixa Edat Mitjana". Tesi doctoral.



Malalt posseït pel dimoni.

Parlem clar • Parlem el teu idioma

A WALL STREET INSTITUTE EL MÈTODE S'ADAPTA A CADA ALUMNE. NO AL REVÉS.

1 Què significa aprendre amb horaris flexibles?

A Wall Street Institute, pots aprendre anglès els dies que vulguis, a les hores que més et convinguin. A més, creem un curs específic per a cada alumne, tenint en compte el seu nivell i les seves aptituds. D'aquesta manera, cada alumne segueix el seu propi curs, aprenent al seu ritme i sense perdre ni una sola classe.

2 En què consisteix exactament el mètode multimèdia més professor?

En primer lloc, gràcies a la tecnologia multimèdia i guiat per un professor, cada alumne adquireix específicament aquells coneixements que necessita. Posteriorment els posa en pràctica de nou amb un professor nadiu i amb un màxim de 4 alumnes del seu nivell. Finalment, guanya fluïdesa i confiança en grups de conversa.

20% descompte a tots els membres del Col·legi Oficial de Metges de Lleida i als seus familiars

Informa-te'n trucant al

900 40 40 50

o visitant el teu Centre més proper

A Lleida:
Ramón i Cajal, 6



WALL STREET INSTITUTE
SCHOOL OF ENGLISH

www.wsi.es

Internet per a principiants

Cas 1: "No tinc ordinador, ni el necessito, i són absolutament incomprensibles per mi, i quasi em fan por..."

En aquesta situació cal que sapigueu que la informàtica ja és a les nostres vides (en els cotxes, en la cuina, en els televisors i equips de música) i cada cop hi estarem més integrats, i el seu ús serà més habitual en la vida de cada dia. I si esteu pensant que, com que ja esteu a punt de jubilar-vos no us farà gens de falta, he de dir-vos que molta gent ha començat a conèixer la informàtica a partir de la jubilació.

Penseu que fa tan sols poques setmanes que s'ha legalitzat en el nostre país la signatura electrònica, la qual permetrà fer per Internet coses com ara renovar el DNI, pagar impostos, o fer compres des de casa, amb la mateixa seguretat i

legalitat que si ho féssim personalment. També heu de pensar que cada cop estan més integrats els serveis de telefonia mòbil i Internet, de tal manera que des del nostre mòbil podem rebre i enviar correu electrònic, i consultar dades d'Internet amb gran facilitat.

Cas 2: "Ja m'agradaria, ja, però tot just sé passar informes a l'ordinador, i això d'Internet és tan complicat que no sé ben bé per on començar"

En aquest cas voldria animar-vos, i per començar deixeu-me que us doni alguns consells:

- És inestimable l'ajut d'un amic o company més entès per posar l'ordinador en marxa i per preguntar-li els dubtes més senzills, fins i tot és possible que segons l'edat dels vostres fills siguin ells els entesos (cada cop és més normal l'aprenentatge de la

informàtica a l'escola). En qualsevol cas, hi ha moltes botigues d'informàtica amb bons professionals que us instal·laran la xarxa Internet i la posaran en marxa a casa vostra, amb totes les facilitats.

- L'ordinador, si ja el teniu hauria d'ésser almenys un Pentium per poder connectar-vos a Internet i "no morir en l'intent". Si l'heu de comprar de nou, penseu que per molt últim model que us compreu, en de un o dos anys ja estarà una mica passat de moda, però és quasi segur que en podeu fer un bon ús, per a Internet, ben bé 4 o 5 anys.

Normalment, la millor relació qualitat-preu serà per al penúltim model, que avui seria un Pentium III o un AMD a 450 MHz, o més. La

RAM hauria de tenir un mínim de 64 M, el disc dur de 6 o millor de 8 gigas, la targeta de vídeo de 8 o millor de 16 M i suport 3D, la targeta de so mínima una AWE 32 o similar com a mínim, i el monitor de 15". Els preus són variables, tot depèn de si es tracta d'un clònic o bé d'un de marca, però com a orientació podrien anar de les 150.000 a les 250.000 pessetes. Cal mirar bé les diferents ofertes, que n'hi ha i moltes

- El mòdem és la peça clau per connectar-nos a Internet a través de la línia telefònica, o bé per als afortunats que la tindran ben aviat, la fibra òptica.

Avui en dia no ens podem estar de recomanar-ne un de 56 K, que valdria menys de 8.000 pessetes, encara que si en teniu un de 33.6 K es pot començar amb ell. Respecte al dubte de si ha d'ésser intern o extern, jo

recomanaria que fos intern, sobretot si es tracta d'un equip nou, però els externs poden funcionar igual de bé, només que amb més embolic de fils al darrere de l'ordinador.

- Els programes: els programes o navegadors més coneguts són el Netscape Communicator i el Microsoft Internet Explorer, són gratuïts i s'actualitzen tot sovint. En el kit d'instal·lació que entrega el COMLL en donar-vos d'alta ja els porta, així com un petit programeta que us fa la configuració del mòdem per establir la connexió amb rapidesa i facilitat.

Són fàcils d'usar amb una miqueta de pràctica, i molt potents.

- I la resta és qüestió d'hores, de llegir revistes, que n'hi ha moltes i bones, i d'anar buscant i buscant.

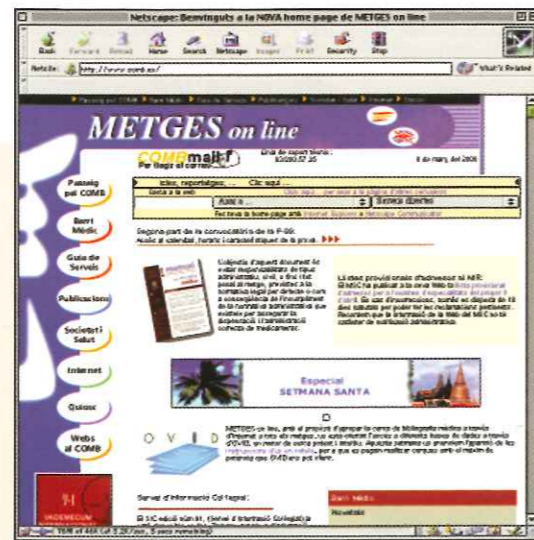
Cas 3: Ja conec i uso l'ordinador, i de tant en tant em connecto a Internet, però és un atabalament i tardo molt a trobar allò que busco.

En aquest cas, benvingut al món dels mortals que treballen molt, i quasi no ens queda temps lliure per fer-ho.

Bé, val a dir que un dels usos més pràctics és el correu electrònic, i això són menys de cinc minuts diaris de connexió. Per les adreces, recomano molt tenir una agenda i anotar-hi tot allò que hem comprovat que té interès, i allò que hem de provar si val la pena. Una altra cosa és la navegació, ja que segons quines hores i dies pot ésser veritat allò que "www" vol dir "wait.wait.wait" (espera, espera, espera), i, en tot cas, depèn de molts factors; un dia d'aquests en parlarem.

I com tot en aquesta vida, "la pràctica ens fa mestres", és a còpia de buscar coses que sovint se'n troba d'altres que també són interessants -cal anotar-les-, i és a còpia de llegir articles i revistes que ens assabentarem de llocs que val la pena visitar.

Dr. Josep M. Greoles i Solé

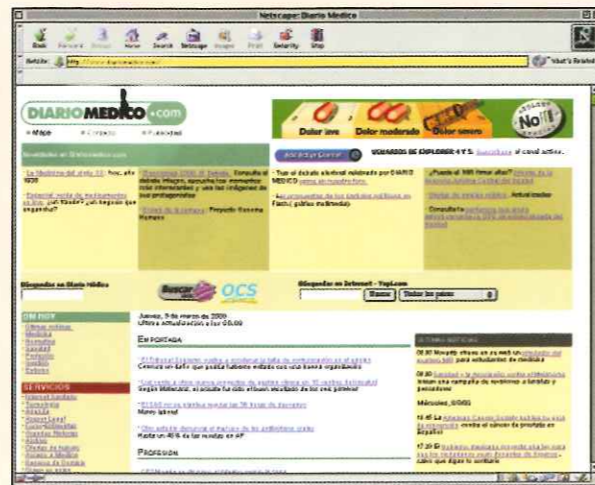


Notícies de interès

Segons unes estadístiques recents, les pàgines web més visitades pels metges espanyols han estat:

1. <http://www.diariomedico.com>
2. <http://www.medynet.com/elmedico>
- 3 <http://www.comb.es>

• Als Estats Units està cada cop més estès el costum que els pacients consultin i s'informin per Internet de les seves malalties. Hi ha diverses pàgines que fins i tot cotitzen en borsa, i que tenen un gran èxit, i jo us puc assegurar que també són força útils per als metges (imprescindible anglès o bé un bon programa traductor): Medscape, Drkoop, America's Health Network, Mediconsult, Onhealth.



Programa de formació mèdica continuada

Data: 25 d'abril
 Coordinador: Dr. J. Prat
 20 hores: Casos clínics
 20.30 hores: Casos clínics
 1.- Tabaquisme. Dra. B. López
 2.- Drogues de disseny: Dr. I. Casado

Data: 30 de maig
 Coordinador: Dr. Pifarré Paredero
 20 hores: Casos clínics
 20.30 hores: Actualització en al·lèrgia
 1.- Conducta que s'ha de seguir en un pacient amb al·lèrgia a medicaments. Dr. L. Marqués
 2.- Maneig de la urticària. Dr. J. Bargés

Data: 27 de juny
 Coordinadora: Dra. R. Pérez
 20 hores: Casos clínics
 20.30 hores: Aspectes legals d'interès en la pràctica clínica
 1.- Història clínica
 2.- Secret professional

Data: 26 de setembre
 Coordinadora: Dra. A. Navarro
 20 hores: Casos clínics
 20.30 hores: Actualització en reumatologia
 1.- Espondiloartritis seronegatives. Dra. D. Boquet
 2.- Artritis reactives. Dr. J.M. Porcel.

Data: 31 d'octubre
 Coordinadora: Dra. B. López
 20 hores: Casos clínics
 20.30 hores: Actualització en ORL
 1.- Avaluació i maneig de les sinusitis en Atenció Primària. Dr. M. Pena
 2.- Tractament de les otitis seroses.

Data: 28 de novembre
 Coordinador: Dr. E. Peñas-cal
 20 hores: Casos clínics
 20.30 hores: Actualització en endocrí
 1.- Complicacions gastrointestinals del diabètic. Dra. Bergua
 2.- Síndrome X

Data: 19 de desembre

Coordinador: Dr. J. M. Porcel
 20 hores: Casos clínics
 20.30 hores: Infecció HIV en Atenció Primària
 1.- Tractament antiretroviral actual i controls extrahospitalaris. Dr. M. Rubio
 2.- Què cal fer després d'una punxada accidental del personal sanitari? Dr. M. Falguera

Tallers any 2000

Data: dissabte, 11 de novembre
 -Taller d'entrevista clínica al pacient psiquiàtric
 Dr. Pifarré Paredero
 -Taller de resurrecció cardiopulmonar bàsica en l'ambient extrahospitalari
 Dr. León
 -Taller d'utilització pràctica dels antibiòtics en l'Atenció Primària
 Dr. José M. Porcel, Dr. Miquel Falguera, Dra. Teresa Puig

Cursos any 2000

Segon trimestre:
 Curs de reumatologia i traumatologia.
 Coordinadora: Associació Mèdicoquirúrgica de Lleida

XXII Curs de Formació Continuada en Medicina

Curs de Traumatologia i Reumatologia
 Lleida, del 6 d'abril al 22 de juny de 2000

Calendari:
 6-IV-2000 "Conducta a seguir davant d'una lesió esportiva"
 Dr. Borrell Pedrós, Cap de la Unitat de Traumatologia d'Asepeyo de Sant Cugat. Cap de Serveis Mèdics del Futbol Club Barcelona.

13-IV-2000 "Diagnòstic i tractament de la cadavera dolorosa"
 Dr. Fernández Martínez, Cap de Servei de Traumatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Professor titular de Patologia de l'Aparell Loco-

motor de la Facultat de Medicina de Lleida.
 27-IV-2000 "Conducta a seguir davant del genoll dolorós"
 Dr. Cardona Vernet, Metge de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

4-V-2000 "Conducta a seguir davant del peu dolorós"
 Dr. Palliso Folch, Cap del Servei de Cirurgia Ortopèdica-Traumatologia de l'Hospital de Santa Maria de Lleida.

18-V-2000 "Conducta a seguir davant del braç dolorós"
 Dr. Villarrubias Guillaumet, Cap del Departament de Cirurgia Ortopèdica-Traumatologia de l'IUD.

25-V-2000 "Medicines alternatives en Reumatologia"
 Dr. Guiu Bardaji, Metge acupuntor

1-IV-2000 "Conducta a seguir davant del dolor muscular"
 Dr. Benito Ruiz, Cap de Reumatologia IMAS. Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança de Barcelona.

8-VI-2000 "Osteoporosi i osteomalàcia"
 Dra. Boquet Estruch, Adjunta del Servei de Medicina Interna - Secció de Reumatologia de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

15-VI-2000 "Conducta a seguir davant del malalt politraumatitzat"
 Dr. Nogué Bou, Professor de medicina d'urgències de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.

22-VI-2000 "Conducta a seguir davant del dolor d'esquena"
 Dr. Asensi Roldós, Cap del Servei de l'Hospital de Malalties Reumàtiques de Barcelona.

Coordinadors: Dr. Albert Lorda i Rosinach, Dr. Josep Pifarré i Barqué, Dr. Josep Rovira i Sallent i Dr. Joan Viñas i Salas

Horari: Totes les sessions començaran a les 8 del vespre, a la seu del COML.

Transtorno agudo de las transaminasas

La paroxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina de uso cada vez más extendido por su efectividad y su favorable perfil de efectos secundarios.

La hepatotoxicidad es un efecto indeseable grave y poco frecuente.

Se presenta el caso de una mujer que, en el curso de un tratamiento con paroxetina a dosis habituales, presentó un cuadro clínico y analítico compatible con una hepatitis aguda.

Se descartó un origen vírico, autoinmune y biliar a través de las pruebas complementarias, sospechando que se trataba de un caso de hepatotoxicidad farmacológica por paroxetina.

Al retirar la medicación, la paciente mostró muy buena evolución clínica y analítica, con recuperación completa en el control realizado al mes de aparecer los síntomas, lo que permitió confirmar la sospecha.

Debe pensarse en la posibilidad de una hepatitis medicamentosa ante un paciente en tratamiento con este fármaco y cuadro clínico y analítico compatible.

**Dra. Cuadrat
Dra. Garcés**

Profilaxi i tractament de la tuberculosi

La tuberculosi és, sens dubte, una de les malalties on els patrons d'actuació estan més ben definits, podríem dir que tot està protocol·litzat.

Grups d'especialistes, tant nacionals com internacionals, han publicat les respectives guies on gairebé qualsevol situació està tractada, bé sigui en el diagnòstic, el tractament o el seguiment del malalt, o en la detecció de nous casos i les recomanacions sobre quimioprofilaxi.

El quadre clínic, habitualment ja de per si mateix

prou suggestiu, es fonamenta en tres exploracions bàsiques: la prova de la tuberculina, la radiografia de tòrax i l'estudi microbiològic de les mostres.

Aquestes mateixes tres proves són quasi sempre més que suficients per aplicar les pautes de quimioprofilaxi en l'estudi de contactes o en els estudis rutinaris de grups de població destinats a controlar la disseminació de la malaltia.

En les dues situacions, una decisió raonada permet resoldre els pocs casos que puguin quedar al marge de les pautes predefinides.

Per altra banda, el tractament, basat en l'ús de tres o quatre fàrmacs durant un període llarg de temps és també ben conegut de tots els metges.

Les comptades situacions que obliguen a una modificació d'aquest esquema, en relació amb determinades patologies cròniques, a situacions fisiològiques de la vida, o potser a la pròpia infecció com la localització anatòmica o les característiques del bacil, estan també previstes.

En tot aquest marc, la creació d'unitats de supervisió del tractament a domicili constitueix probablement el factor més innovador i que pot aportar a llarg termini els beneficis més grans a la comunitat.

Dr. Miquel Falguera

Pruïja crònica en un pacient jove

Varó de 23 anys, amb antecedents d'atòpia, que acut a consulta per una erupció pruriginosa als braços i a les cames de dos anys d'evolució, que no cedeix amb corticoteràpia (Zamene 6 mg/dia) i antihistamítics sistemàtics (Atarax 50 mg/dia).

A l'exploració física destaca una excoriació generalitzada, sense lesions primàries, i a l'analítica una discreta hiperbilirubinèmia.

Es deriva al dermatòleg i se li practica una biòpsia cutània, en la qual s'observa neutròfils a la dermis

papil·lar que formen microabcessos, fragments de neutròfils, eosinòfils i fibrina; la immunoelectroforesi demostra la presència d'Ig A granular a la membrana basal i complement perilesional.

Amb el diagnòstic histològic de dermatitis herpetiforme (DH) es fa l'estudi serològic, on els anticossos antigliadina i antiendomisi són positius.

Es practica una biòpsia duodenal, que presenta una atròfia subtotal de les vellositats intestinals, i confirma el diagnòstic de DH associada a enteropatia gluten-sensitiva (GSE).

La DH està caracteritzada per una erupció papulovesiculosa crònica intensament pruriginosa que, en pacients genèticament predisposats (HLA-B8), la gliadina del gluten actua com antigen intestinal i produeix una síntesi d'Ig A, que per via sistèmica sintetitza Ig A a dermis papil·lar i atrau el complement C 3 i C 5 i, aquests, els neutròfils que indueixen la destrucció de la dermis papil·lar.

La clínica digestiva es presenta en un 60-75% dels pacients, i aquesta és de característiques similars, però d'afectació més extensa.

Freqüentment resulta difícil el diagnòstic diferencial en les malalties amb butllofes cròniques autoimmunes (*lupus eritematós* i *penfigoi-de bullós*), la sarna o dermatitis atòpica. La DH respon satisfactòriament a la supressió del gluten de la dieta i es reserva la sulfona per als casos en què l'afectació dèrmica sigui intensa.

**Drs. M. Ortega, C. Serna
i J. M. Casanova**

Estudi del mal d'esquena en el pacient jove

El mal d'esquena és una de les causes més freqüents de consulta en medicina general i en les especialitats de l'aparell locomotor.

En primer lloc, hem de fer un acurat enfocament del

diagnòstic. Això ens permetrà descartar una patologia major i/o greu, fet que no és difícil si s'efectuen un interrogatori i una exploració física adequades, que es complementen, quan es requereix, amb altres proves diagnòstiques.

La situació més freqüent és que, un cop descartada la patologia poc habitual, ens trobem en un 90% dels casos davant una raquialgia inespecífica, el tractament de la qual, en un principi, serà simptomàtic (analgèsics, antiinflamatoris, miorelaxants).

El mal d'esquena es presenta de forma majoritària en la zona lumbar. En el 85% dels casos la recuperació es completa abans dels tres mesos. La causa del mal d'esquena és moltes vegades difícil d'identificar, ja que s'hi afegeixen altres factors contribuents, com la sobrecàrrega emocional, i factors secundaris.

Malgrat tot, no hem de perdre de vista que en ocasions es pot tractar de processos greus, que requereixen un tractament immediat, com la síndrome de cauda equina, infecció, neoplàsia.

**Dr. Francesc Palliso
i Folch**

Síndrome de Guillain-Barré

Presentació del caso:

Motivo de consulta: dolor en piernas, astenia y dificultad para la deambulación.

Antecedentes familiares y personales: varón de 38 años, raza negra, de Senegal. Residente en España desde hace 10 años. No tiene alergias conocidas. No tiene conductas de riesgo, ni enfermedades de transmisión sexual ni hábitos tóxicos. No toma fármacos.

Vaguetomía troncular con piloroplastia por úlcus gástrico, quedando estenosis pilórica residual, en 1998.

Enfermedad actual: dolor continuo en extremidades inferiores (EII) de predominio distal y ascendente, astenia y pérdida de fuerza

con dificultad para la deambulación.

Exploración física: Tª 36,5°C. TA 130/70. Glasgow 15. Pares craneales conservados. Paresia de EII. Paresia distal de ESI. ROT abolidos. Reflejo cutáneo plantar indiferente. Hipoalgesia en territorio L5 con disestesias. No signos meníngeos.

Pruebas complementarias utilizadas:

Bioquímica conTSH, hemoograma, coagulación y sedimento de orina normales. Cobalamina 109 pmol/l.

Serologías (HIV, toxoplasma, VHB, VHC, lues, EB, CMV, borrelia, sarampión, parotiditis, fiebre Q, micoplasma) negativas. Enterovirus + 1/5.

LCR, RNM cerebral, Rx tórax y esqueléticas, ECG normales.

EMG: poliradiculoneuritis aguda.

Diagnóstico diferencial: Difteria, poliomielitis, porfiria intermitente, enfermedad de Lyme, neuropatías

tóxicas, déficit de cobalamina, Guillain-Barré.

Juicio clínico: síndrome de Guillain-Barré.

Discusión: El diagnóstico se realizó por la clínica, su instauración aguda, la detección de títulos elevados de enterovirus y el electromiograma.

El diagnóstico diferencial principal fue el déficit de cobalamina determinado por su estenosis pilórica. En este caso la instauración es lenta y aparece neuritis óptica con alteraciones de la visión y escotoma central.

Drs. A. Aran i P. Contamina

Escrofuloderma

La Tuberculosis es aún, a las puertas del siglo XXI, un problema de salud a nivel mundial de trascendencia considerable.

Según datos de la OMS, actualmente existen 1.800 millones de personas infec-

tadas por el Bacilo de Koch, con una prevalencia anual de 10 millones de personas y una mortalidad anual de 3 millones.

La TBC cutánea supone el 0,5% de casos de TBC en Europa y entre el 0,015-0,1% del total de consultas dermatológicas. Las formas más frecuentes de presentación de la TBC cutánea son el Lupus Vulgar y el Escrofuloderma.

Presentamos el caso de una paciente con un nódulo fistulizado láterocervical de 3 meses de evolución, que fue diagnosticado de Escrofuloderma a partir del PCR y del resultado anatómopatológico, con buena respuesta al tratamiento antituberculoso.

El Escrofuloderma es un proceso subcutáneo tuberculoso que origina abscessos fríos y ruptura secundaria de la piel suprayacente.

La lesión se produce por afectación de la piel por contigüidad a partir de otro proceso subyacente tuber-

culoso, generalmente Linfadenitis o Tuberculosis osteoarticular.

La forma de presentación clínica es a modo de nódulos subcutáneos que tienden a fistular; también pueden dar lugar a úlceras lineales o serpiginosas de curso tórpido.

La localización más frecuente de dichas lesiones es a nivel láterocervical y en región parotídea.

Las técnicas de diagnóstico son las empleadas habitualmente para la detección del Bacilo de Koch, siendo remarcable la relativa utilidad de la tinción Ziehl-Nielsen y del cultivo para esta forma de TBC cutánea. La lesión histológica típica es el granuloma tuberculosoide y el tratamiento consiste en el uso de tuberculostáticos durante 6 meses, así como la exéresis quirúrgica del nódulo.

Drs. E. Revuelta, J.M. Casanova, M. Baradat, R. Ejido, M. Falguera i P. García Planella

Omega Longines Raymond Weil Xerex Gucci S.T. Dupont Tag Heuer Tissot Alfex Mont Blanc Calvin Klein



DERE TENA
JOIER

Creacions i Noves Tendències en Joieria

Blondel, 76 · Tel. 973 27 00 77 · 25002 Lleida
Ramon Llull, 1 · Tel. 973 24 53 96 · 25008 Lleida

 Pàrquing Blondel Gratuït

L'Agència per a la Qualitat avalua la Facultat de Medicina

La UdL participa en el Programa d'Avaluació d'Ensenyaments, que coordina l'Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari a Catalunya. Per a l'any 2000 s'ha programat, entre d'altres, l'avaluació de l'ensenyament de Medicina, que es farà transversalment, és a dir, que l'ensenyament s'avaluarà simultàniament en totes les universitats públiques catalanes (UAB, UB, URV). Formaran part del comitè d'avaluació professors, estudiants i membres del PAS.

Mobilització dels estudiants de medicina

La Junta de Govern de la Facultat de Medicina dona suport a les mobilitzacions dels estudiants per tal que

el títol de llicenciat post 95 tingui reconeixement europeu, i no s'inclouguin les assignatures optatives ni les de lliure elecció quan es facin els barems de l'examen MIR.

Conferència de Decanos de Facultades de Medicina

La reunió de la Conferència Nacional de Decanos de Facultades de Medicina es va incloure dins el Congrés d'Educació Mèdica i es va reunir a Lleida per segona vegada en la seva història.

El president de la conferència, el Dr. Antonio Campos, va criticar l'actual examen MIR, perquè no és sostenible que hi hagi menys places per al MIR que el nombre d'estudiants que poden entrar a primer de medicina. Això crea un mal endèmic amb l'augment del nombre d'estudiants de medicina que no

tenen accés al MIR i, per tant, de la borsa de llicenciats posteriors a 1995.

També es va fer palès el greu malestar dels degans per l'incompliment per part del ministre de Sanitat de l'acord a què havien arribat de no incloure les assignatures optatives i de lliure configuració al barem MIR.

Anàlisi dels resultats de l'examen MIR a Lleida

La Dra. M. Rosa Mataix, cap de servei de la Subdirecció de Desarrollo Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo i responsable de l'avaluació de la qualitat de l'examen MIR, va impartir una conferència amb el títol "Expectatives de futur de l'examen MIR". A més, es va reunir amb responsables acadèmics de la Facultat i dels departaments per analitzar els resultats dels alumnes de Lleida en la darrera convo-

catòria MIR.

Pla Estratègic de la Facultat de Medicina

La Facultat elabora el Pla Estratègic, coordinat pel Dr. Josep M. Reñé, amb dos subcomissions de recerca i de docència. És la seva voluntat tenir-ho acabat abans de l'estiu.

El Pla estableix la creació d'una Unitat de Recerca Biomèdica, cofinançada amb fons FEDER, la IV fase de la Facultat, el nou pla integrat d'estudis de medicina i la creació d'un ensenyament de biologia humana.

Per aconseguir-ho, es planifica la construcció d'un nou edifici de 8.000 m² per a la recerca, a més, 1.000 m² per a docència (seminaris, aules de demostració, despatxos de professors, etc.) així com l'adequació de la plantilla dels departaments.



Unimos esfuerzos para multiplicar resultados

Laboratorio en Lleida:

Príncipe de Viana, 70-72 baixos
25008 LLEIDA
Tel. 973 240 008

Horario de atención al público:
de lunes a viernes, de 7.30 h a 19.30 h
sábados de 8.30 h a 13.00 h



laboratorio de análisis
DR. ECHEVARNE
LLEGAMOS MÁS LEJOS
www.echevarne.com

SOM UNA AGÈNCIA DE SERVEIS PLENS

1 AMB 10
ESPECIALITATS



viatges del IMSERSO, circuits culturals, estades a la costa, Balears i Canàries.



Pesca fluvial, lacustre o marítima, caça, safaris, esports de natura i aventura.



Emissió carnets jove i estudiant, tarifes especials en tots els transports, cursos d'idiomes, treball a l'astranger.



Tarifes corporatives aèries i hoteleres, viatges d'incentiu, convencions.



Cicles de teatre, festivals de música, òpera, exposicions mundials, museus.



Ecoturisme, viatges ètnics, senderisme, trekking, rutes en carro, trencagels.



Creuers marítims i fluvials, lloguer de iots, velers, cases barca per canals "panichettes".



Balnearis, spa centers, turisme rural, lloguer d'autocaravanes, ranxos.



Esquí, sols forfet, motos de neu, trineu de gossos, raquetes, construcció d'iglús.



Golf, pitch & putt, green fees, als millors preus, assistència a torneigs i circuits.

LLEIDA
Plaça Missions,
Doctora Castells, 1
Magdalena, 10
Pg. de Ronda, 89
Sant Antoni, 47
Corregi. Escofet, 35
BALAGUER
Plaça de l'Estació, 11
LES BORGES
Carme, 17
MOLLERUSSA
Ciutat de Lleida, 2
TÀRREGA
Carme, 24
TREMP
Doctor Roure, 14

INFORMACIÓ CLIENT
902 424 142





<http://www.iltrida.com>
e mail: iltrida@iltrida.com



ENS ESCULLEN PER LA NOSTRA PROFESSIONALITAT

La vocació, la dedicació i la responsabilitat són aspectes molt importants per als 1.500.000 d'assegurats d'ADESLAS. Confiar en la professionalitat del nostre equip mèdic és, per als nostres assegurats, un motiu de tranquil·litat.

Som
eficaços

-  Lliure elecció d'especialistes i clíniques en quadre mèdic.
-  Les unitats de diagnòstic i de tractament més avançades.
-  Targeta Adeslas Or a cada assegurat per a una més gran rapidesa i seguretat.
-  Més de 25.000 professionals, de 220 clíniques i més de 144 punts d'Atenció al Client.

Servei d'Atenció
al Client 24 hores:

902 200 200

www.adeslas.es

DELEGACIÓ A LLEIDA

Vallcalent, 1-2^a edif. Trading-Balmes
Tel.: 973 26 92 11

adeslas
ASSEGUANCES DE SALUT

